

Aus der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg im Breisgau
(Direktoren: Prof. Dr. W. Gerok, Prof. Dr. G.W. Löhr)
und der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
(Leiter: Prof. Dr. H.H. Studdt)
der Medizinischen Klinik und Poliklinik
des Universitätsklinikums Steglitz der FUB

**Persönlichkeitsstruktur, Geschlecht und Tätigkeit:
Ihre Bedeutung für die Krankengeschichte und
Sozialgeschichte psychosomatisch Kranker**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Sabine Peter aus Rastatt
und
Rosemarie Schöfthaler-Rühl aus Weißenburg/Bay.

1983

Aus der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg im Breisgau
(Direktoren: Prof. Dr. W. Gerok, Prof. Dr. G.W. Löhr) und der
Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie (Leiter: Prof.
Dr. H.H. Stoldt) der Medizinischen Klinik und Poliklinik des
Universitätsklinikums Steglitz der FUB

Persönlichkeitsstruktur, Geschlecht und Tätigkeit:
ihre Bedeutung für die Krankengeschichte und Sozialgeschichte
psychosomatisch Kranker

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Sabine Peter aus Rastatt
und
Rosemarie Schöfthaler-Rühl aus Weissenburg/Bay.

Referent: Herr Prof. Dr. H. H. Studt

Korreferent: Frau Prof. Dr. A. Dührssen

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der
Freien Universität Berlin

Promoviert am: 17. Juli 1984

Die vorliegende Arbeit entstand als Dissertation an der Freien Universität Berlin.

Für die Betreuung danken wir Herrn Professor H.H. Studdt. Er überließ uns das Thema, stellte das Untersuchungsmaterial zur Verfügung und förderte durch Ermunterung und viele wertvolle Hinweise den Fortgang der Arbeit.

Da die gegenwärtige Promotionsordnung fordert, daß aus einer solchen Gemeinschaftsarbeit Einzelleistungen ersichtlich sein müssen, haben wir die Arbeit wie folgt aufgeteilt:

Sabine Peter 2.1
 3.2
 3.3
 4.1.1.1
 4.1.2
 4.1.1.2
 4.2.2
 4.4
 4.9
 4.10
 5.1.4
 5.1.5
 5.1.6

Rosemarie Schöffthaler-Rühl 2.2
 2.3
 3.1
 3.4
 4.1.3
 4.2.1.1
 4.2.1.2
 4.2.3
 4.3
 4.5
 4.6
 4.7
 4.8
 5.1.1
 5.1.2
 5.1.3

1.	EINLEITUNG	10
2.	HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	12
2.1	Strukturhypothese	12
2.2	Geschlechtshypothese	15
2.3	Erwerbstätigkeitshypothese	18
3.	DURCHFÜHRUNG UND METHODIK	21
3.1	Die Anamnesen	21
3.2	Die Extrakte	22
3.3	Auswertung	23
3.4	Methodische Probleme	26
4.	ERGEBNISSE	29
4.1	Charakterstruktur	29
4.1.1	Vorliegende Ergebnisse	29
4.1.1.1	Charakterstruktur und Geschlecht	29
4.1.1.2	Charakterstruktur und weibliche Erwerbstätigkeit	30
4.1.2	Eigene Ergebnisse	31
4.1.3	Zusammenfassung und Diskussion	31
4.2	Erkrankungsalter, Dauer der Leitsymptomatik, Alter bei Anamneseerhebung	33
4.2.1	Vorliegende Ergebnisse	33
4.2.1.1	Erkrankungsalter, Dauer der Leitsymptomatik Alter bei Anamneseerhebung und Charakter- struktur	33
4.2.1.2	Erkrankungsalter, Dauer der Leitsymptomatik, Alter bei Anamneseerhebung und Geschlecht	34
4.2.2	Eigene Ergebnisse	35
4.2.2.1	Erkrankungsalter	35
4.2.2.2	Dauer der Leitsymptomatik	36
4.2.2.3	Alter bei Anamneseerhebung	37
4.2.3	Zusammenfassung und Diskussion	39

4.3	Leit- und Begleitsymptomatik	42
4.3.1	Leitsymptomatik	42
4.3.1.1	Vorliegende Ergebnisse	42
4.3.1.1.1	Leitsymptomatik und Charakterstruktur	42
4.3.1.1.2	Leitsymptomatik und Geschlecht	43
4.3.1.1.3	Leitsymptomatik und weibliche Erwerbstätigkeit	44
4.3.1.2	Eigene Ergebnisse	45
4.3.2	Begleitsymptomatik	48
4.3.2.1	Vorliegende Ergebnisse	48
4.3.2.1.1	Begleitsymptomatik und Charakterstruktur	49
4.3.2.1.2	Begleitsymptomatik und Geschlecht	50
4.3.2.1.3	Begleitsymptomatik und weibliche Erwerbstätigkeit	51
4.3.2.2	Eigene Ergebnisse	51
4.3.3	Zusammenfassung und Diskussion	60
4.4	Vorerkrankungen	67
4.4.1	Vorliegende Ergebnisse	67
4.4.1.1	Häufigkeit von Vorerkrankungen	68
4.4.1.1.1	Häufigkeit von Vorerkrankungen und Charakterstruktur	68
4.4.1.1.2	Häufigkeit von Vorerkrankungen und Geschlecht	68
4.4.1.2	Infektiöse und Infektionskrankheiten	69
4.4.1.2.1	Infektiöse und Infektionskrankheiten und Charakterstruktur	70
4.4.1.2.2	Infektiöse und Infektionskrankheiten und Geschlecht	70
4.4.1.3	Unfälle	70
4.4.1.3.1	Unfälle und Charakterstruktur	71
4.4.1.3.2	Unfälle und Geschlecht	72
4.4.1.4	Operationen	72
4.4.1.4.1	Operationen und Charakterstruktur	73
4.4.1.4.2	Operationen und Geschlecht	73
4.4.1.5	Gynäkologische Beschwerden	74

4.4.1.5.1	Gynäkologische Beschwerden und Charakterstruktur	74
4.4.1.5.2	Gynäkologische Beschwerden und weibliche Erwerbstätigkeit	74
4.4.2	Eigene Ergebnisse	75
4.4.2.1	Häufigkeit von Vorerkrankungen	75
4.4.2.2	Infektionserkrankungen	76
4.4.2.3	Infektiöse Erkrankungen	78
4.4.2.4	Andere Erkrankungen	79
4.4.2.5	Unfälle	80
4.4.2.6	Operationen	81
4.4.2.7	Gynäkologische Störungen	83
4.4.2.8	Organbetroffenheit	83
4.4.3	Zusammenfassung und Diskussion	86
4.5	Primordialsymptomatik	92
4.5.1	Vorliegende Ergebnisse	92
4.5.1.1	Primordialsymptomatik und Charakterstruktur	93
4.5.1.2	Primordialsymptomatik und Geschlecht	95
4.5.2	Eigene Ergebnisse	95
4.5.3	Zusammenfassung und Diskussion	100
4.6	Familienstand	107
4.6.1	Vorliegende Ergebnisse	107
4.6.1.1	Familienstand und Charakterstruktur	107
4.6.1.2	Familienstand und Geschlecht	107
4.6.1.3	Familienstand und weibliche Erwerbstätigkeit	108
4.6.2	Eigene Ergebnisse	108
4.6.3	Zusammenfassung und Diskussion	109
4.7	Anzahl der Kinder	112
4.7.1	Vorliegende Ergebnisse	112
4.7.1.1	Anzahl der Kinder und Charakterstruktur	113
4.7.1.2	Anzahl der Kinder und Geschlecht	113
4.7.1.3	Anzahl der Kinder und weibliche Erwerbstätigkeit	113

4.7.2	Eigene Ergebnisse	114
4.7.3	Zusammenfassung und Diskussion	115
4.8	Aktuelle Familienverhältnisse	117
4.8.1	Vorliegende Ergebnisse	117
4.8.1.1	Aktuelle Familienverhältnisse und Charakterstruktur	117
4.8.1.2	Aktuelle Familienverhältnisse und Geschlecht	117
4.8.1.3	Aktuelle Familienverhältnisse und weibliche Erwerbstätigkeit	118
4.8.2	Eigene Ergebnisse	118
4.8.3	Zusammenfassung und Diskussion	119
4.9	Schulbildung	122
4.9.1	Vorliegende Ergebnisse	122
4.9.1.1	Schulbildung und Charakterstruktur	122
4.9.1.2	Schulbildung und Geschlecht	123
4.9.2	Eigene Ergebnisse	124
4.9.3	Zusammenfassung und Diskussion	126
4.10	Beruf	129
4.10.1	Vorliegende Ergebnisse	129
4.10.1.1	Beruf und Charakterstruktur	130
4.10.1.2	Beruf und Geschlecht	130
4.10.2	Eigene Ergebnisse	131
4.10.3	Zusammenfassung und Diskussion	132
5.	ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSS	136
5.1	Charakterisierung der Gruppen	136
5.1.1	Depressiv strukturierte Männer	136
5.1.2	Depressiv strukturierte Hausfrauen	143
5.1.3	Depressiv strukturierte berufstätige Frauen	150
5.1.4	Zwanghaft strukturierte Männer	155
5.1.5	Zwanghaft strukturierte Hausfrauen	159
5.1.6	Zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen	164
5.2	Schluß	168
	Tabellenverzeichnis	176
	Literaturverzeichnis	185

Erklärungen der in der Arbeit verwandten Abkürzungen in der Reihenfolge ihres Erscheinens

D	depressiv strukturierte Patienten
Z	zwangsneurotisch strukturierte Patienten
DF	depressiv stukturierte Frauen
DM	depressiv strukturierte Männer
ZF	zwangsneurotisch strukturierte Frauen
ZM	zwangsneurotisch strukturierte Männer
DFH	depressiv strukturierte Hausfrauen
DFB	depressiv strukturierte berufstätige Frauen
ZFH	zwangsneurotisch strukturierte Hausfrauen
ZFB	zwangsneurotisch strukturierte berufstätige Frauen
VSna	Volksschule nicht abgeschlossen
VS	Volksschule abgeschlossen
MSna	Mittelschule nicht abgeschlossen
MS	Mittelschule abgeschlossen
OSna	Oberschule nicht abgeschlossen
OS	Oberschule abgeschlossen
HSna	Hochschule nicht abgeschlossen
HS	Hochschule abgeschlossen
HB	Höherer Beamter
HA	Höherer Angestellter
B	Beamter
A	Angestellter
S	Selbständiger
FAR	Facharbeiter
AR	Arbeiter
R	Rentner
H	Hausfrau
SCH	Schüler
ST	Student

1 EINLEITUNG

Unsere Untersuchung steht im Zusammenhang eines Vorhabens von Prof. STUDT, niedergelassenen Ärzten die Diagnose einer neurotischen oder psychosomatischen Erkrankung auf der Ebene harter, interbeobachterstabiler Daten, wie sie im Rahmen jeder Anamnese erhoben werden, zu erleichtern und damit die entsprechenden Patienten rechtzeitig dem Psychotherapeuten zuzuführen.

In STUDTs eigener Untersuchung 1974 versuchte er, anhand von Daten des Erkrankungsalters, der Krankheitsdauer, der Vorerkrankungen, der Primordial- und Leitsymptomatik, der Sozialdaten und Ereignisarten der Auslösenden Situation zwischen den verschiedenen Psychoneurosearten Angstneurose und Phobie einerseits und der Organneurose Asthma andererseits zu differenzieren. Ein weiteres Ziel war es, diese Neurosearten anhand der genannten Daten als "soziopsychomatisches Syndrom" zu typisieren.

Zwar gelang es STUDT (1974), signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Neuroseformen in vielen Variablen nachzuweisen und sie ansatzweise als Syndrome zu kennzeichnen - es wurde jedoch gleichzeitig klar, daß in vielen Variablen eine enge Beziehung zu Charakterstruktur und Geschlecht mitbestimmend ist: Er konnte zeigen, daß von der schizoiden und depressiven zur hysterischen Persönlichkeitsstruktur jeweils deutlich mehr Organsysteme in die Erkrankung einbezogen sind. Es imponierte auch eine auffallende Geschlechtsabhängigkeit in dem Sinn, daß Frauen zum Beispiel häufiger depressiv und hysterisch, Männer häufiger zwangsneurotisch und schizoid strukturiert waren und - daraus abzuleiten - sich auch hinsichtlich Primordial-, Leit- und Begleitsymptomatik unterschieden.

Solche Ergebnisse legten es nahe, in einer weiteren Untersuchung die Persönlichkeitsstruktur in den Mittelpunkt zu stellen, um deren Einfluß auf die Erscheinungsform psychosomatischer Krankheiten gezielter herauszuarbeiten.

Wir wählten zu diesem Zweck die zwanghafte und die depressive

Persönlichkeitsstruktur aus.

Den Einfluß der Variablen Geschlecht wollten wir herausarbeiten, indem wir Männer und Frauen einer Persönlichkeitsstruktur miteinander verglichen.

Mit der Persönlichkeitsstruktur und dem Geschlecht hatten wir uns zwei Variablen vorgegeben, die sich nach traditioneller Anschauung in der frühen Kindheit ausprägen und formen. Darüber hinaus griffen wir einen Gedanken von MOHR et al. (1982) auf, daß neben frühkindlichen Sozialisationsbedingungen vor allem "reale gesellschaftliche Verhältnisse", denen der Heranwachsende und Erwachsene in Ausbildung und Beruf ausgesetzt ist, bestimmend werden. Wir wählten deshalb als weiteren zu untersuchenden Faktor Erwerbstätigkeit aus und stellten die Frage, ob zwischen Hausfrauen und berufstätigen Frauen derselben Persönlichkeitsstruktur Unterschiede bestehen, die sich in Daten der Krankengeschichte und Sozialdaten festmachen lassen.

2 HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG UND DER HYPOTHESEN

2.1 Strukturhypothese

Persönlichkeitsstruktur wird definiert als "ein Ganzes, ein Gefüge aus der Summe von anlagemäßig gegebenen und im Laufe des Lebens erworbenen Verhaltensweisen und -mustern, die dem Erleben und dem Verhalten eine ganz bestimmte Richtung und spezielle Dynamik verleihen" (ZAUNER 1964).

Die Einführung des Strukturbegriffs in die Neurosenlehre geht auf SCHULTZ-HENCKE (1951) zurück, dem damit gelang, eine Verbindung zwischen reiner Symptombeschreibung einerseits und dem möglichen psychodynamischen Hintergrund andererseits herzustellen.

Nach SCHULTZ-HENCKE (1951) wird jeder Mensch durch seine Grundstruktur geprägt. In den ersten sechs Jahren vollzieht sich gemäß der biologischen und geistigen Entwicklung die Reifung der Trieb- und Antriebsregungen, die in dieser Zeit Form und Strukturierung finden müssen. Konflikte mit der Umwelt, Erfahrungen des Zusammenspiels von Affekten und Geschehen weisen die Richtung der Strukturentstehung. Wird das Erlebnis- und Verhaltensgefüge durch Irritationen erheblich gestört und beeinflusst, so dekompenziert die Struktur, wird neurotisch, ursprünglich mögliche gesunde Reaktionsweisen weichen Gehemmtheiten und Erlebnislücken. Dabei ist der Schweregrad um so stärker, je früher die kindliche Entwicklung eine Störung erfährt.

SCHULTZ-HENCKE (1951) bezeichnet die kaum erlebbaren, jedoch noch wirksamen Restimpulse, die das Verhalten, wenn auch diffus, weiterhin bestimmen, als "Haltung".

SCHWIDDER (1958/59) differenziert den Strukturbegriff SCHULTZ-HENCKEs weiter, wenn er von Gehemmtheitsstruktur, Haltungsstruktur und Ersatzbefriedigungsstruktur als drei möglichen Entwicklungen

einer Grundstruktur spricht. Die Ersatzbefriedigungsstruktur beinhaltet die Entstehung von Süchten und Perversionen. Steht die Gehemmtheit im Vordergrund, so ist den Betroffenen ein Leiden möglich, hauptsächlich werden psychische Symptome beschrieben. Die Haltungsstruktur ist charakterisiert durch Rationalisierung und Ideologisierung, Leiden und Konflikte werden abgewehrt, im Vordergrund stehen Körpersymptome.

In Abhängigkeit vom Zeitpunkt einer Impulshemmung in der kindlichen Entwicklung und damit einer Störung unterschiedlicher Triebphasen - intentional, oral, anal-sadistisch und phallisch - werden vier Hauptstrukturen unterschieden: die schizoide, die depressive, die zwangsneurotische und die hysterische.

Der schizoid Strukturierte erfährt die größte Impulshemmung auf der intentionalen Ebene in den ersten drei Lebensmonaten. In einer Phase, in der das Kind angewiesen wäre auf stabile, regelmäßige Geborgenheit und körperliche Zuwendung, erlebt es seine Umwelt als unzuverlässig, wechselhaft und gefährvoll. Der Hauptakzent dieser Strukturneurose liegt nach SCHULTZ-HENCKE (1951) auf einer starken Kontaktstörung. Er nennt die Beziehung dieser Menschen zur Umwelt zentral gelockert und unverbindlich.

Die depressive Persönlichkeit entsteht vor allem durch eine Störung der oralen und oral-aggressiven Impulse im Laufe des ersten Lebensjahres. Nach RIEMANN (1975) sind diese Menschen gekennzeichnet von einer Angst vor der Ich-Werdung. Häufig bieten sie eine betont gemüthafte, gefühlsbetonte Einstellung, sie neigen zu Treue, Beständigkeit und Friedfertigkeit. Gestört in ihren oral-kaptativen Trieben projizieren die Personen eben diese auf ihre Umwelt und reagieren in Versuchungs- und Versagungssituationen mit Anspruchslosigkeit und Passivität.

Etwa im zweiten oder dritten Lebensjahr liegt in der kindlichen Entwicklung die Phase der reifenden Motorik. Aktiv und voller Angriffslust versucht das Kind, in die Welt der Erwachsenen einzugreifen. Gleichzeitig werden von ihm die ersten Beweise der Selbstkontrolle und des Verzichts gefordert. Eine zentrale

Rolle spielt hier die Sauberkeitserziehung. Erfahren in dieser Phase der expansiven, gestaltenden Impulse die Kinder zu einseitig die Hemmung ihrer Spontaneität, so kann damit der Grundstein für eine zwangsneurotische Charakterstruktur gelegt werden. Mit Pedanterie und betonter Sauberkeit, mit übersteigerter Ordnungsliebe führt der Zwanghafte einen überkompensierten Kampf, um seine andrängenden Willkürimpulse abzuwehren. Nach SCHULTZ-HENCKE (1951) sind seine Durchbrüche von dranghaft-motorischem Charakter.

Ätiopathogenetisch verknüpfen wir die Entstehung der hysterischen Persönlichkeitsstruktur mit der Beeinträchtigung der Entwicklung während des vierten und fünften Lebensjahres. In dieser Zeit, in der sowohl die Motorik als auch die Sprache soweit entwickelt sind, um mühelos benutzt zu werden, geht das Kind daran, den Unterschied zwischen magischem und rationalem Denken, zwischen Märchen und Realität zu erfassen. Massive Irritationen während dieser Zeit werden dazu führen, daß das Kind an frühkindlichen Verhaltensmustern festhalten wird, daß es immer neue Rollen spielen wird, um Bewältigungsformen zu erproben (DÜHRSEN 1951). Sicher muß man davon ausgehen, daß in den wenigsten Fällen eine Traumatisierung der Persönlichkeit nur auf eine begrenzte Zeit, auf eine Entwicklungsphase bezogen ist. Vielmehr werden meist in jeder Entwicklungsphase Schäden gesetzt werden, der später manifest Erkrankte wird Zeichen einer Mischstruktur anbieten. Gestützt auf die Erfahrungen der Psychoanalyse bekennt sich SCHULTZ-HENCKE jedoch zu dieser phasenhaft dargestellten Chronologie der Neurosenentstehung als sinnvollem Ordnungsfaktor.

In seiner vergleichenden Studie arbeitete STUDDT (1974) heraus, daß harte, interbeobachterstabile Daten der Sozial- und Krankengeschichte eine Unterscheidung verschiedener Neurosearten ermöglichen, wobei er eindrucksvolle Unterschiede zwischen den Neurosen bei zahlreichen Variablen nachweisen konnte.

Dabei kristallisierte sich die übergreifende Bedeutung der Variablen Struktur und Geschlecht heraus, da viele Daten, zum Beispiel Beruf, Familienstand, Kinderzahl oder Intelligenz nicht von

der Neuroseart allein bestimmt werden, sondern vielmehr an die Interaktion von Charakterstruktur und/oder Geschlecht gebunden sind.

Beziehen wir seine Ergebnisse über Neurosen auf die Charakterstrukturen, so ergibt sich unsere erste Hypothese: Die in früher Kindheit gesetzten Störungen der Impulse, Bedürfnisse, Fähigkeiten und Wünsche werden sich, je nach Zeitpunkt, in der eine gravierende Hemmung während der Strukturentwicklung stattfand, sehr unterschiedlich manifestieren. Sie werden sich fortsetzen im späteren Leben und müssen ihren sichtbaren Ausdruck finden in unterschiedlichen, objektiv faßbaren Daten, die sowohl das soziale Leben als auch die Krankengeschichte beschreiben.

2.2 Geschlechtshypothese

In zahlreichen Untersuchungen wird eine unterschiedliche Häufigkeit von Erkrankungen bei Männern und Frauen beschrieben. So faßte PFLANZ (1962) als im wesentlichen übereinstimmende Befunde der westlichen Länder die größere Häufigkeit von Adipositas, Hypertonie, Kreislaufleiden, Gallenleiden, Polyarthritiden und Arthrosen bei Frauen gegenüber Koronarleiden und Ulcus duodeni bei Männern zusammen. Er berichtete aus seiner eigenen Untersuchung, in der er über 9000 Patienten der Gießener Poliklinik erfaßte, daß sämtliche Arten von Beschwerden außer Oberbauchbeschwerden von Frauen häufiger angegeben werden und daß Frauen wesentlich öfter als Männer an funktionellen Beschwerden leiden. Auch in FAHRENBERGs Studie (1969), die sich auf die Auswertung von Beschwerdebögen stützt, ergab sich eine deutliche Geschlechtsabhängigkeit. Frauen klagten nicht nur über signifikant mehr Beschwerden als Männer, es wurden auch regelrecht geschlechtstypische Beschwerden deutlich. So hatten Frauen öfter "kalte Füße und Hände", "leicht Tränen", "häufig Verstopfung", dagegen er-

wiesen sich "Stiche in der Brust", "zittrige Hände" und "Appetitmangel" als deutlich geschlechtsunabhängig.

Gerade auch bei psychischen Erkrankungen findet man ein starkes Überwiegen der Frauen (PFLANZ 1962). Dies konnte auch die Untersuchung STUDTs (1974) bestätigen, in der Angstneurotiker, Asthmatiker und Phobiker verglichen wurden: Frauen überwiegen bei allen drei Neurosearten.

Nun ist gleichzeitig bekannt, daß die Verteilung der Persönlichkeitsstrukturen bei Männern und Frauen unterschiedlich ist. Verschiedene Autoren (DÜHRSEN 1951, BAUMEYER 1961/62, STUDD 1974) konnten bestätigen, daß Frauen häufiger als Männer depressive und hysterische Charakterstrukturen bieten, während bei Männern öfter zwangsneurotische und schizoide Strukturen zu finden sind.

Um nun auszuschließen, daß das unterschiedliche Auftreten von Beschwerden und Krankheiten bei Frauen und Männern allein auf eine gleichzeitig unterschiedliche Persönlichkeit zurückführbar ist, bietet es sich an, einen Vergleich von Frauen und Männern jeweils derselben Persönlichkeitsstruktur anzustellen: Nach klassischer analytischer Lehre wären keine Unterschiede zu erwarten.

Von STUDDs (1974) Untersuchung her ist jedoch anzunehmen, daß sich Geschlechtsunterschiede über die Persönlichkeitsstruktur hinaus bemerkbar machen. Wir vermuten, daß Männer und Frauen selbst bei strukturpsychologisch gleicher Konfliktsituation jeweils eigene Ausdrucksformen dafür finden. So wäre zum Beispiel denkbar, daß es Frauen eher als Männern erlaubt ist, ängstlich und wehleidig zu sein, während von Männern Stärke und Beherrschung verlangt wird, so daß sie Belastungen sowohl weniger wahrnehmen als auch sich weniger darüber beklagen.

In diesem Zusammenhang interpretierte auch RICHTER (1973) die objektiv geringere Lebenserwartung bei Männern: Dafür, daß sie dank ihrer größeren Verdrängungskunst vorübergehend besser funktionstüchtig bleiben, müssen sie offenbar im nachhinein mit um so größeren psychischen und somatischen Folgen und sogar einem früheren Tod bezahlen.

Ursächlich für solche postulierten Unterschiede könnten frühkindliche Sozialisationsbedingungen sein, die auf dem Hintergrund eines globalen Männer- und Frauenbildes von Kindheit an in der Erziehung wirksam sind. So wird bereits durch geschlechtsspezifisches Spielzeug das Interesse früh in bestimmte Richtungen gelenkt. Unterschiedliches Bestrafungsverhalten gegenüber Jungen und Mädchen, unterschiedliche Toleranz gegenüber außerfamiliären Aggressionen, unterschiedliche Ansprüche an Sauberkeit und Ordnung sind Beispiele, die MOHR et al. (1982) für geschlechtsspezifische frühkindliche Erziehungspraktiken und Erziehungsideale aus der Literatur zitieren. Die Autoren merken jedoch an, daß der hypostasierte Zusammenhang zwischen geschlechtstypischem Erziehungsstil bei Kindern und den resultierenden Geschlechtsunterschieden im Erwachsenenalter keineswegs konsistent und ausreichend erklärbar sei. Sie fordern deshalb, bei der Untersuchung geschlechtsspezifischer Sozialisation "soziokulturelle" Faktoren miteinzubeziehen, womit neben einzelnen isolierten sozialisierenden Bedingungen, die sich "nur an der Oberfläche greifbarer Eigenschafts- und Verhaltensdimensionen" bewegen, der lebenslange Sozialisationsprozeß, Lebens- und Arbeitsbedingungen gemeint sind. Unterschiedliche "Machtstrukturen", unterschiedliche "gesellschaftliche Realitäten" für Frauen und Männer seien keine bloßen abstrakten Schlagwörter, sondern ließen sich greifbar machen zum Beispiel in der Aggression von Männern gegenüber ihren Frauen und Kindern (Frauenhausbewegung), der einseitigen Darstellung von Frauen in öffentlichen Medien (Starberufe, Sekretärin, Krankenschwester), der Unterrepräsentation und Ungleichheit am Arbeitsplatz, in Politik und Wissenschaft.

Unsere zweite Hypothese geht davon aus, daß die Erfahrungen der frühen Kindheit, der Jugend und des Erwachsenenalters dazu führen, daß sich bei Frauen und Männern trotz Übereinstimmung in der Grundpersönlichkeit Unterschiede manifestieren, die sich in Leitsymptomatik, Begleit- und Vorerkrankungen und Daten der Krankengeschichte und des sozialen Lebens nachweisen lassen.

2.3 Erwerbstätigkeitshypothese

Um gezielter den postulierten Einfluß von Ausbildung, Berufs- und Arbeitswelt, den Sozialisationsbedingungen, die auf Jugendliche und Erwachsene einwirken, erfassen zu können, schien uns eine vergleichende Untersuchung erwerbstätiger Frauen und Hausfrauen derselben Persönlichkeitsstruktur geeignet.

Frauen sind mit einer ihr ganz eigenen Konfliktsituation konfrontiert, die sich aus einem im Wandel begriffenen Geschlechts- und Rollenverständnis ergibt: einerseits im traditionellen Sinn für Familie und Kindererziehung zuständig zu sein, andererseits aber auch Verwirklichung im Beruf zu suchen und zu finden.

Dieses Spannungsfeld Familie-Beruf wird getragen von gesellschaftlichen Erwartungen und Notwendigkeiten. Die Familie hat "den Charakter eines lebenslangen Arbeitsbereiches verloren" (WELTZ et al. 1979). Dies spiegelt sich wider in der allgemeinen Gering-schätzung der "Nur-Hausfrau". Hausfrauenarbeit hat zwar den Vorteil, bedürfnisorientiert zu sein, als Nachteil empfinden es Frauen jedoch, finanziell abhängig zu sein, sie leiden unter Isolation, fühlen sich in einer "Opfer- und Verzichtshaltung" (PROSS 1976).

Berufsarbeit hebt dagegen zwar die Vereinzelung und Vereinsamung auf, macht finanziell unabhängiger, ermöglicht Selbständigkeit und Selbstverwirklichung. Als Nachteil steht dem jedoch gegenüber, daß es sich bei Frauenarbeitsplätzen meist um unqualifizierte Stellen handelt, daß die Bezahlung schlecht ist und wenig Aufstiegsmöglichkeiten bestehen (GIPSER und STEIN-HILBERS 1980, WELTZ et al. 1979). Wenn Frauen höhere Positionen erreichen, müssen sie häufig auf Ehe und Familie verzichten (BOCK-ROSENTHAL et al. 1978).

Es fehlen Leitbilder, wie Familie und Beruf vereinbar sein könnten. Das bekannte Dreiphasenmodell von MYRDAL (MYRDAL und KLEIN 1971), wonach der Phase der Ausbildung und Berufstätigkeit ein Abschnitt in Familie und Haus folgt, bis die Frau, nachdem die Kinder größer sind, in der dritten Phase wieder ins Berufsleben einsteigen kann, löst nach WELTZ et al. (1979) als ein rein

zeitliches Nacheinander den Konflikt keineswegs.

Es ist zu vermuten, daß die so skizzierte Lebenssituation der Frauen - sei es als Hausfrau, sei es als berufstätige Frau - sich auf die Psyche und körperliche Gesundheit auswirken wird. Schon die Wortschöpfung des "Hausfrauen-Syndroms" weist auf solche Unterschiede zwischen Familien- und Berufsfrauen hin. PROSS (1976) belegte in einer großangelegten Untersuchung über Hausfrauen, daß diese häufiger als erwerbstätige Frauen über Nervosität und Gereiztheit klagen - wenngleich die Autorin die Berechtigung des Begriffs Hausfrauen-Syndrom bestreitet und lieber von einem allgemeinen Frauenproblem sprechen möchte.

In diese Richtung weist auch das Ergebnis von RASPER (1980), daß bei berufstätigen Frauen weniger Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen auftreten als bei Hausfrauen.

Für berufstätige Frauen könnte man eine Ähnlichkeit in Beschwerdebild und Krankheiten mit Männern unterstellen. Anhaltspunkte dafür liefern zum Beispiel die Untersuchungen GLATZELS (1949), der eine Zunahme von Duodenalulcera bei Frauen bemerkte und damit erklärte, daß sie durch die zunehmende Berufstätigkeit ähnlichen Leistungskonflikten wie Männer ausgesetzt seien.

Durch die Ausweitung unserer Fragestellung nach Differenzen zwischen Hausfrauen und berufstätigen Frauen wollen wir nach Einflüssen suchen, die weniger von den Erfahrungen der frühen Kindheit als vielmehr von der aktuellen Lebenssituation getragen werden. Allerdings ist auch hierbei nicht auszuschließen, daß Frauen, die sich im späteren Leben für Berufstätigkeit oder Hausfrauentätigkeit entscheiden, sich bereits in der frühen Kindheit in unterschiedliche Richtungen entwickelt haben. Anhand von Daten aus der Kindheit wie Primordialsymptomatik und Kinderkrankheiten können wir dies abzuschätzen versuchen.

Unsere dritte Hypothese lautet, daß die unterschiedlichen Erfahrungen im Arbeitsleben bei Hausfrauen und erwerbstätigen Frauen trotz Übereinstimmung in der Persönlichkeitsstruktur dazu führen, daß sich Unterschiede manifestieren, die sich in Leitsymptomatik,

Begleit- und Vorerkrankungen und Daten des sozialen Lebens festmachen lassen.

Etwas problematisch gestaltet sich die Literaturarbeit bei der Ausformulierung konkreter Erwartungen zu speziellen Variablen der Kranken- und Sozialgeschichte. Das liegt zum einen daran, daß die Literatur zur Frauen- und weiblicher Erwerbstätigkeit insgesamt noch rar ist, vor allem aber daran, daß zu solch differenzierten Daten, wie sie uns durch STUDeTs (1974) Untersuchung vorgegeben waren, kaum Angaben zu finden sind.

3 DURCHFÜHRUNG UND METHODIK

3.1 Die Anamnesen

Grundlage der Arbeit sind 200 erweiterte tiefenpsychologische Anamnesen von Patienten, die sich in den Jahren 1968 bis 1972 in der Psychosomatischen Station Umkirch der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg im Breisgau vorstellten beziehungsweise dort auch psychotherapeutisch behandelt wurden.

Wir wählten nach der Persönlichkeitsstruktur als Kriterium jeweils 100 Patienten mit zwanghafter und mit depressiver Struktur aus, die sich wegen verschiedener psychosomatischer Erkrankungen, teilweise auch Psychoneurosen, in der Psychosomatischen Station Umkirch angemeldet hatten. Durch zufallsfreie Auswahl wurden dabei rücklaufend ab Dezember 1972 jeweils alle anfallenden Anamnesen der betreffenden Strukturen einbezogen; für die depressive Persönlichkeit mußte man bis November 1968 zurückgehen, um 100 Anamnesen zu erhalten, für die zwanghafte Persönlichkeit nur bis Februar 1970.

Die Patienten hatten während der Anamneseerhebung an einem halbstandardisierten Gespräch teilgenommen, in dem Daten und Material über Symptomatik, Auslösende Situation, Persönlichkeitsstruktur und Genese erhoben worden waren.

Wir selbst hatten mit den Patienten und der Anamnesenerhebung nichts zu tun, uns lagen die fertig ausgeführten Protokolle vor. Die Gespräche waren geleitet worden von Ärzten und Psychologen, Psychoanalytikern und Ausbildungskandidaten, Männern und Frauen.

Um subjektive Momente möglichst gering zu halten, wurden vorläufige Diagnosen, bestehend aus Struktur- und Leitsymptom-Diagnose vor der endgültigen Niederschrift mit Kontrollanalytikern und dem gesamten Therapeuten-Team diskutiert (s. S. 26).

3.2 Die Extrakte

Zur Erfassung der Daten der Sozial- und Krankengeschichte konnten wir auf das Muster des Exzerptbogens zurückgreifen, mit dem STUOT (1974) schon für seine Habilitationsarbeit gearbeitet hatte.

Wir werteten sowohl die tiefenpsychologischen Anamnesen als auch schon aus Umkirch vorliegenden Angaben aus, die aus den Krankenunterlagen, dem Krankenblattkopf und dem Erhebungsbogen des Arbeitskreises Psychotherapie und Psychosomatik der Deutschen Gesellschaft für medizinische Dokumentation und Statistik zusammengetragen worden waren.

Um eine spätere Elektronische Datenverarbeitung zu ermöglichen, wurden für die konkreten Daten Code Nummern eingesetzt. Für die Krankheiten und Beschwerden legten wir dabei eine von STUOT übernommene und in Anlehnung an HAU (1968) entwickelte Symptomliste zugrunde.

So konnten sowohl die harten Daten zur Sozialgeschichte wie

Geschlecht,
Alter,
Alter bei Anamneseerhebung,
Beruf,
Schulbildung,
Familienstand,
Kinderzahl,
Aktuelle Familiensituation,

zur Krankengeschichte wie

Anzahl und Art der Primordialsymptome,
Anzahl und Art der Vorerkrankung,
Anzahl und Art der Begleitsymptome,

als auch die vom Untersucherkollektiv entschiedenen Angaben über

Haupt- und Nebenstruktur,
Erkrankungsalter,
Dauer und Art der Leitsymptomatik

übertragen werden.

Außerdem übertrugen wir, soweit Angaben darüber vorhanden waren, auch das jeweilige Erkrankungsalter bei Vorerkrankungen, Primordial-, Leit- und Begleitsymptomatik in die Extrakte.

3.3 Auswertung

Die Verarbeitung unseres Datenmaterials wurde entsprechend dem Programm des STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES, version 8 (NIE et al. 1975) vorgenommen.

Das Verfahren testet durch die Berechnung von sogenannten Students t-Werten, ob zwei Stichprobenmittelwerte signifikant verschieden sind.

Für unabhängige Stichproben wurde sowohl ein F-Test auf Varianzhomogenität als auch je ein t-Test für homogene und inhomogene Varianzen durchgeführt, unter denen je nach Ergebnis des vorausgegangenen F-Testes gewählt wurde.

Für jede mögliche Variable wurden die Häufigkeiten der Merkmale und Merkmalsausprägungen je nach Gruppe der Hauptvariablen mit dem Chiquadrattest auf Unabhängigkeit geprüft.

Für einige Variablen war es nicht möglich, Signifikanzen zu bestimmen, denn bei zu geringer Besetzung der Stichprobe führt der Test auf Signifikanz zu keinem Ergebnis.

Im Rahmen unserer Untersuchung wurde ein Signifikanzniveau von 95%, entsprechend $p < 0,050$, gewählt.

Entsprechend unseren Hypothesen wurden die Daten für folgende

Gruppen berechnet und zueinander in Beziehung gesetzt:

Strukturhypothese	Depressiv Strukturierte	—	Zwanghaft Strukturierte
Geschlechts-hypothese	Depressiv strukturierte Männer	—	Depressiv strukturierte Frauen
	Zwanghaft strukturierte Männer	—	Zwanghaft strukturierte Frauen
Erwerbstätig-keitshypothese	Depressiv strukturierte Hausfrauen	—	Depressiv strukturierte berufstätige Frauen
	Zwanghaft strukturierte Hausfrauen	—	Zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen

Neben Durchschnittswerten für alle Variablen konnten für die Variablen Begleitsymptomatik und Vorerkrankungen auch die Prozentzahlen derjenigen Patienten, die mindestens eine der jeweiligen Beschwerden hatten, ermittelt werden.

Durch Handauszählung konnten für die Variable Vorerkrankungen die Art und Anzahl derjenigen Krankheiten ermittelt werden, die unter die sechs Untergruppen fallen:

Infektionskrankheiten:

Haut-, Atemwegs-, Magendarm- und Andere Erkrankungen,

Infektiöse Erkrankungen:

Mittelohr-, Nebenhöhlen-, Atemwegs-, Magendarm-, Urogenital- und Andere Erkrankungen,

Andere Erkrankungen:

im Bereich Endokrines System, Haut und Sinnesorgane, Atemwege, Herzkreislaufsystem, Magendarmtrakt, Urogenitaltrakt, Bewegungssystem, Andere somatische Krankheiten; Depressionen, Suizidversuch, Sucht, Andere Charakterstörungen,

Unfälle:

mit und ohne Frakturen,

Operationen:

im Bereich Nase/Nebenhöhlen, Tonsillen, Appendix, Magen-darmtrakt, Gynäkologische und Bruchoperationen,

Gynäkologische Störungen:

Operative Entbindung, Schwangerschaftskomplikationen, Periodenstörungen und Andere gynäkologische Störungen.

Mit Hilfe dieser Aufschlüsselung war es möglich, eine Liste der Organbetroffenheit, unabhängig von der eigentlichen Krankheit, zusammenzustellen. Um Ergebnisse zu erzielen, die durch eine ausreichende Besetzung abgesichert sind, beschränkten wir uns auf die vier Gruppen DM, DF, ZM, ZF.

Diese Gruppeneinteilung legten wir auch einer Untersuchung der altersgruppierten Krankheitshäufigkeit für Vorerkrankungen zugrunde, die ebenfalls durch Handauszählung erfolgte. Die Altersgruppen sind:

0 - 11 Jahre,
12 - 16 Jahre,
17 - 21 Jahre,
ab 22 Jahre.

Auf die gleiche Weise führten wir für die Variable Primordialsymptomatik eine Feinanalyse nach Symptom- beziehungsweise Krankheitsgruppen und Persistenz durch.

Aufgrund der teilweise sehr geringen Besetzung der nach Symptomgruppen klassifizierten Daten war eine weitere Aufschlüsselung nach Tätigkeitsbereichen der Frauen nicht sinnvoll.

3.4 Methodische Probleme

Nach methodischen Kriterien ist die Aussagekraft unserer Untersuchung in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt: einmal aus Gründen die die Objektivität der Daten und der Datenerhebung betreffen, zum anderen wegen statistischer "Unreinheiten".

- Die methodische "Schwäche" beginnt bei der Erhebung des Untersuchungsmaterials, den tiefenpsychologischen Anamnesen.

Das tiefenpsychologische Gespräch ist von seiner Natur her eine komplexe Interaktion zwischen dem Patienten und dem Analytiker. Es gehen Faktoren wie das Geschlecht des Analytikers, seine eigene Persönlichkeitsstruktur, Zu- und Abneigungen zueinander in das Gespräch ein. Es ist kein bloßes Abfragen klar definierter Informationen, sondern es geht um das Erfassen von Erlebnisweisen des Patienten in bestimmten Situationen, um das Bewerten von Gehemmtheiten, übertriebenen Anspruchshaltungen, das Interpretieren von Versuchungs- und Versagungssituationen, das Wahrnehmen der Gefühle des Patienten und der eigenen Gefühle dem Patienten gegenüber, das Gewichten und Ordnen des Materials. Die Anamnese ist somit ein sehr vielschichtiger Prozeß und vielen Möglichkeiten der "Verfälschung" unterworfen.

Diesem Problem versuchte man in der Psychosomatischen Station Umkirch damit zu begegnen, daß die Diagnosen mit Kontrollanalytikern und dem Therapeuten-Team besprochen und festgelegt wurden. Dagegen könnte nun allerdings wiederum der Einwand erhoben werden, daß auf diese Weise lediglich die einzelnen Anamnesen nach der Lehrmeinung einer "Schule" ausgerichtet und vereinheitlicht wurden, ohne tatsächlich objektiver zu werden.

- Abgesehen von den bisher besprochenen, jeweils individuellen subjektiven Färbungen der Anamnesen, die man auszuschalten oder zu nivellieren versuchen kann, kommt in tiefenpsychologischen Gesprächen als grundlegendes subjektives Moment die

psychoanalytische Theorie selbst zum Tragen. Sie ist Angelpunkt der Anamnese, auf ihrem Hintergrund wird gefragt und bewertet. Sie ist von ihrer Natur her keine objektive Theorie.

- Wir setzen in unserer Untersuchung Struktur, Geschlecht und Erwerbstätigkeit in Relation zu Daten der Krankengeschichte und des sozialen Lebens. Dabei gehen wir davon aus, daß diese Daten, wie etwa die Persönlichkeitsstruktur und die Leitsymptomatik, voneinander unabhängig zu erheben sind. Nun ist allerdings nicht auszuschließen, daß diese Daten, deren Zusammenhang erst überprüft werden sollte, einander beeinflussen: Für das Beispiel Persönlichkeitsstruktur-Leitsymptomatik ist etwa zu vermuten, daß Beschwerden und Organbefall die Strukturdiagnose mitbestimmen.

Gegenüber unserer Untersuchung ließe sich daraus der Einwand ableiten, daß das, was als Ergebnis der Untersuchung deklariert wird, bereits am Anfang unkontrollierbar in die Untersuchung eingegangen ist.

- Mängel bei der statistischen Auswertung ergeben sich durch die Stichprobenauswahl der Probanden. Für die Prüfung der Strukturhypothese ist unser Material korrekt zusammengestellt, indem zufällig die jeweils ersten 100 anfallenden Anamnesen von Patienten zwanghafter und depressiver Persönlichkeitsstruktur einbezogen wurden. Für die Testung der Geschlechts- und Erwerbstätigkeitshypothese wurden aus den durch die Strukturen vorgegebenen Gruppen Untergruppen gebildet, die in der Größe der Vergleichsgruppen erheblich variieren, so daß zum Beispiel in der Gruppe der depressiv strukturierten Patienten nur 15 depressiv strukturierte Männer 85 depressiv strukturierten Frauen gegenüberstehen.

Eine ausgeglichene Gruppenzusammensetzung wäre vorzuziehen gewesen.

- Aus der eben geschilderten Problematik erhielten wir bei der Bearbeitung mancher differenzierter Einzelfragen statistisch nicht mehr verwertbar kleine Gruppengrößen, so daß teilweise Signifikanzangaben unzulässig waren. Bestimmte Fragestellungen, wie etwa die der Altersgruppierung der aufgeschlüsselten Vorerkrankungen, haben wir deshalb für die Untergruppen der Hausfrauen und der erwerbstätigen Frauen gestrichen; in anderen Fällen haben wir uns, wenn zwar wegen statistisch zu geringer Gruppenbesetzung keine Signifikanzangaben möglich waren, andererseits jedoch inhaltlich plausible und für die Interpretation wertvolle Trends vorlagen, auf ein rein deskriptives Vorgehen beschränkt.

4 ERGEBNISSE

4.1 Charakterstruktur

4.1.1 Vorliegende Ergebnisse

4.1.1.1 Charakterstruktur und Geschlecht

Schon seit FREUD ist bekannt, daß bestimmte Charakterstrukturen unterschiedlich häufig bei Männern und Frauen zu finden sind: Für ihn sind Frauen typische Vertreterinnen der Hysterie, während Männer deutlich häufiger Zeichen einer Zwangsneurose aufweisen sollen.

In zahlreichen späteren Arbeiten konnte diese Verteilung durch andere Autoren bestätigt werden.

Bei DÜHRSEN (1951), deren Studie das unterschiedliche Auftreten zwangsneurotischer und hysterischer Strukturen bei Frauen und Männern zum Inhalt hatte, ergab sich, daß Frauen doppelt so häufig wie Männer eine hysterische Struktur haben; sie fand bei Frauen sieben Mal häufiger eine hysterische als eine zwangsneurotische, bei Männern aber nur zwei Mal häufiger eine hysterische als eine zwangsneurotische Struktur.

BAUMEYER (1961/62), der 500 ausgesuchte Patienten des Berliner AOK-Instituts für Psychogene Erkrankungen vorstellte, fand folgende Verteilung der Charakterstrukturen: Beide Geschlechter zeigten am häufigsten eine Mischstruktur, Frauen zu 70%, Männer zu 63%. Bei den reinen Strukturen waren Männer mit 24% am häufigsten zwangsneurotisch, während Frauen mit 16% hysterisch und zu 10% depressiv strukturiert waren.

Auch STUDDT (1974) konnte in seiner Untersuchung herausarbeiten, daß Männer vor allem als zwangsneurotisch strukturiert diagnostiziert wurden (77%). Dagegen hatten die meisten seiner weiblichen Patienten, nämlich 41%, eine depressive Persönlichkeitsstruktur.

4.1.1.2 Charakterstruktur und weibliche Erwerbstätigkeit

Über die Frage, wie und ob sich Hausfrauen und erwerbstätige Frauen in ihren Charakterstrukturen unterscheiden oder ob Frauen einer bestimmten Charakterstruktur zu einem bestimmten Tätigkeitsbereich neigen, ist wenig bekannt. Zum einen liegt das daran, daß eine solche Fragestellung in bisherigen Untersuchungen kaum berücksichtigt wurde; zum anderen wurde der Begriff Hausfrau in wechselnder und nicht eindeutiger Weise benutzt: Teilweise galt Hausfrau als Beruf, gleichgeordnet einer bezahlten Erwerbstätigkeit (cf. STUDDT 1974), teilweise wurde Hausfrau nicht als Beruf anerkannt.

Bei STUDDT (1974) waren 53% der weiblichen Patienten Hausfrauen, 33% Angestellte, 4% ohne Beruf, 9% Schüler und Studenten, 1% Beamte. 53% der Hausfrauen seines Kollektivs boten eine hysterische, 45% eine depressive, 29% eine zwangsneurotische, 33% eine Mischstruktur.

ARNDS et al. (1967) hatten in einer Zufallsstichprobe der Patienten, die von 1961 bis 1965 in der Psychosomatischen Station Umkirch stationär behandelt worden waren, 22% Hausfrauen, 12% Schüler und Studenten weiblichen Geschlechts, 3% berufslose Frauen; insgesamt 63% der Frauen waren berufstätig.

Für die Frauen im erwerbsfähigen Alter, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, gaben MOHR et al. (1982) an, daß 1980 mehr als die Hälfte einer außerhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgingen.

4.1.2 Eigene Ergebnisse

Von 100 depressiv strukturierten Patienten unseres Kollektivs sind 85 Frauen und 15 Männer.

Bei den Patienten mit einer zwangsneurotischen Charakterstruktur überwiegen mit 68 die Männer gegenüber 32 Frauen.

Von den depressiv strukturierten Frauen sind 34% Hausfrauen; die Gruppe der Berufstätigen umfaßt 40%.

Der Unterschied bei den zwanghaft strukturierten Frauen ist größer: Hier finden wir 28% Hausfrauen und 53% Erwerbstätige.

4.1.3 Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse unserer Untersuchung bezüglich der Verteilung von Persönlichkeitsstruktur und Geschlecht stimmen mit denen der uns vorliegenden Literatur überein. Frauen überwiegen bei den depressiv Strukturierten, die zwangsneurotisch strukturierten Patienten sind in der Mehrzahl Männer.

Die Erklärung für dieses Untersuchungsergebnis ist wohl in sozio-kulturellen Faktoren zu suchen. Möglicherweise ist die Rollenerwartung in unserer Gesellschaft noch so geschlechtsspezifisch festgelegt, daß die Erziehung eines Kindes je nach Geschlecht nach unterschiedlichen Richtlinien erfolgt. So gibt es Anzeichen dafür, daß der Anspruch von Tapferkeit, Härte, Leistung und Karriere, die Erwartung eines angemessenen "männlichen" Verhaltens an einen Jungen einhergehen mit einer wenig flexiblen, strengen Erziehung, die die Entstehung eines zwangsneurotischen Charakters begünstigen könnte. Unterstützt wird eine solche Entwicklung durch das noch herrschende Vorbild des Mannes, der keine Schwächen und Konflikte hat, der alle Probleme alleine löst und keine Hilfe, schon gar keine Psychotherapie, nötig hat.

Von Mädchen ist anzunehmen, daß sie in stärkerem Maße zu einer passiven und angepaßten Haltung hin erzogen werden, daß sie behütet und abgeschirmt in einer Umgebung aufwachsen, in der wenig Raum bleibt für rauhe Konfliktsituationen, in der sie ihre eigene Persönlichkeit bewähren und stärken könnten. Es ist denkbar, daß sich auf solcher Grundlage depressive Strukturmuster freier entfalten.

ZAUNER (1964) diskutierte für die Entstehung einer geschlechtsspezifischen Verteilung von Persönlichkeitsstrukturen psychodynamische Anlagefaktoren. So soll eine gesteigerte Sensibilität, eine geringe Phantasiebegabung, gepaart mit einer verstärkten motorischen Veranlagung, die er vor allem männlichen Kindern zuschreibt, die Entstehung einer zwangsneurotischen Struktur begünstigen.

Auch nach DÜHRSEN (1951) sind Antriebsüberschuß, Initiativreichtum und sachliche Interessiertheit kombiniert mit motorischem Betätigungsdrang anlagenmäßig beim Jungen stärker ausgeprägt als beim Mädchen. Aufgrund dieser Eigenschaften gerieten sie schneller in Konflikte mit ihrer Umwelt und seien eher Dressurakten und harten Erziehungsmaßnahmen ausgesetzt als die weniger aktiven und impulsreichen Mädchen. Für den Jungen könnte eine solche Situation die Entfaltung von zwangsneurotischen Reaktionen bedeuten.

Wenn man nun die Zusammensetzung der weiblichen Patientengruppen aus Hausfrauen und erwerbstätigen Frauen betrachtet, muß man feststellen, daß in beiden Strukturgruppen die erwerbstätigen Frauen überwiegen. In der zwanghaften Strukturgruppe entspricht die Verteilung damit etwa der weiblichen Durchschnittsbevölkerung; in der depressiven Strukturgruppe fällt eine starke Abweichung auf: Hier sind die berufstätigen Frauen, verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung, unterrepräsentiert.

Auch im Vergleich mit dem Patientengut der Psychosomatischen Station Umkirch (ARNDS et al. 1967), liegt die Quote der depressiv strukturierten berufstätigen Frauen niedriger, während die

Quote zwanghaft strukturierter berufstätiger Frauen dem dort referierten Wert eher entspricht.

Die uns von STUDT (1974) vorliegenden Daten können wir nicht zum Vergleich heranziehen, da, wie er selbst feststellen mußte, durch die Ausrichtung nach bestimmten Neurosearten eine Selektion zugunsten der Hausfrauen entstanden war.

Für die unterdurchschnittliche Anzahl der berufstätigen Frauen depressiver Persönlichkeit sind strukturbedingte Ursachen zu erwägen. Es ist denkbar, daß sich die stärkere Objektbindung depressiv strukturierter Patientinnen so auswirkt, daß sie als Hausfrauen eine intensivere Beziehung zu Partner und Kindern eingehen, die keinen Raum mehr für außerhäusliche Aktivitäten läßt.

4.2 Erkrankungsalter, Dauer der Leitsymptomatik, Alter bei Anamneseerhebung

4.2.1 Vorliegende Ergebnisse

4.2.1.1 Erkrankungsalter, Dauer der Leitsymptomatik, Alter bei Anamneseerhebung und Charakterstruktur

Bezüglich des Erkrankungsalters ging STUDT (1974) der Hypothese nach, daß, je früher in der Entwicklung der Zeitpunkt einer Störung liege, desto früher auch die spätere Dekompensation sich manifestieren werde.

Bei STUDT (1974) hatten zwar erwartungsgemäß schizoid strukturierte Patienten mit 8 Jahren das niedrigste Erkrankungsalter, bei den hysterisch strukturierten mit 20 Jahren, den zwangsneurotisch strukturierten mit 21 Jahren und depressiv strukturierten mit 22 Jahren ließ sich dieser Nachweis jedoch nicht führen.

Die Krankheitsdauer hatte sich bei STUDT (1974) als abhängig

vom Geschlecht, Charakterstruktur, Neuroseart, Leitsymptomatik und Intelligenz des Patienten erwiesen. Bezüglich der Strukturen fand er die kürzeste Krankheitsdauer bei depressiv Strukturierten (acht Jahre) und Patienten mit Mischstrukturen (neun Jahre), die längste bei Patienten mit schizoider Persönlichkeit (19 Jahre). Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstruktur hatten signifikant häufiger eine Krankheitsdauer über 20 Jahre als depressiv Strukturierte.

Für das Untersuchungsalter fand STUDT (1976) einen allgemeinen Durchschnitt von 31 bis 32 Jahren mit einem 80%igen Anteil bei den Zwanzig- bis Vierzigjährigen. Das durchschnittliche Untersuchungsalter der schizoid Strukturierten war 26 Jahre, der depressiv Strukturierten 30 Jahre, der hysterisch und der zwangsneurotisch Strukturierten 32 Jahre.

4.2.1.2 Erkrankungsalter, Dauer der Leitsymptomatik, Alter bei Anamneseerhebung und Geschlecht

Für das Erkrankungsalter allgemein gilt übereinstimmend, daß Männer früher erkranken als Frauen. STUDT (1974) beschrieb in seiner Literaturübersicht einen Gipfel bei den Männern um das 20. bis 30. Lebensjahr und dann um das 50., während die Frauen um 30 bis 40 Jahre und dann wieder um das 50. Lebensjahr erkranken sollen. Auch in seinen eigenen Ergebnissen fand er bei den Männern mit 19 ein früheres Erkrankungsalter als bei den Frauen mit 22 Jahren.

Zur Krankheitsdauer bei Männern und Frauen liegen uns widersprüchliche Angaben vor: einerseits Ergebnisse über eine längere Anamnese bei Frauen (ARNDT et al. 1967), dagegen ein Resultat von STUDT (1974), bei dem Männer signifikant häufiger eine Krankheitsdauer über 20 Jahre hatten (mit Ausnahme der Psychoneurotiker) und bei dem die durchschnittliche Krankheitsdauer von Männern

bei 13 Jahren gegenüber zehn Jahren bei Frauen lag. In keinem Fall wurde die Krankheitsdauer bei Männern und Frauen in Beziehung zur Persönlichkeitsstruktur untersucht.

Das Untersuchungsalter in STUDTs (1974) Untersuchung war bei Männern mit 32 Jahren geringfügig höher als bei Frauen mit 31 Jahren.

4.2.2 Eigene Ergebnisse

4.2.2.1 Erkrankungsalter

Die Gruppe der depressiv Strukturierten erkrankt durchschnittlich im Alter von 21 Jahren und liegt damit drei Jahre früher als die Patienten der zwangsneurotischen Strukturgruppen mit 24 Jahren.¹⁾ Diese Differenz zeigt eine Signifikanz von $p < 0.044$.

Betrachten wir das Erkrankungsalter der Männer und Frauen, so fällt der deutlich frühere Zeitpunkt bei den Frauen auf: Es erkranken mit 21 Jahren die depressiv und mit 22 Jahren die zwangsneurotisch strukturierten Frauen. Das sind vier beziehungsweise drei Jahre vor dem Erkrankungsalter der Männer. Diese erkranken mit 25 Jahren.

Depressiv strukturierte Hausfrauen erkranken mit 23 Jahren und damit ein Jahr später als die berufstätigen depressiv strukturierten Frauen mit 22 Jahren. Umgekehrt die Ergebnisse bei den Frauen mit einer zwangsneurotischen Persönlichkeit: Hier haben Hausfrauen ihr Erkrankungsalter wie die depressiv Strukturierten bei 23 Jahren, sie liegen damit jedoch ein Jahr früher verglichen

1) Bei denen hier und im weiteren Verlauf der Arbeit angegebenen Größen der Variablen handelt es sich um Durchschnittswerte, ohne daß dies jedesmal ausdrücklich vermerkt ist.

mit den Berufstätigen, deren Erkrankungsalter mit 24 Jahren angegeben ist.

Tab. 1: Durchschnittliches Erkrankungsalter

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
21	24	25	21	25	22	23	22	23	24

4.2.2.2 Dauer der Leitsymptomatik

Die Angehörigen beider Strukturgruppen verbringen eine nahezu identische Zeit vom Beginn ihrer Krankheit bis zur Erhebung ihrer Krankengeschichte: Die Dauer der Leitsymptomatik ist sieben Jahre für die depressive Persönlichkeitsgruppe, acht Jahre für die zwangsneurotische.

Mit einer Dauer der Leitsymptomatik von zehn Jahren fallen die depressiv strukturierten Männer auf. Sie liegen damit weit an der Spitze und überragen den allgemeinen Durchschnitt um drei Jahre. Am größten ist ihr Abstand zu den depressiv strukturierten Frauen: Diese weisen mit sieben Jahren die kürzeste durchschnittliche Krankheitsdauer bis zur Anamnese auf. Die Frauen, unabhängig von ihrer Struktur und die Männer mit zwanghaftem Charakter, liegen dicht beieinander: zwangsneurotisch strukturierte Männer acht Jahre, zwangsneurotisch strukturierte Frauen sieben Jahre, depressiv strukturierte Frauen sieben Jahre.

Die depressiv und zwangsneurotisch strukturierten Frauen unterscheiden sich je nach Tätigkeitsbereich ganz auffallend, und zwar unabhängig von ihrer Struktur. Dabei stimmen die Frauen jeweils eines Arbeitsbereiches in der Dauer der Leitsymptomatik nahezu

überein und zeigen große Unterschiede zu ihren Vergleichsgruppen. Die Hausfrauen weisen eine Dauer der Leitsymptomatik von über zehn Jahren auf: zehn Jahre die depressiv strukturierten, elf Jahre die zwangsneurotisch strukturierten. Fast fünf Jahre trennen sie damit von den berufstätigen Frauen, bei denen die der depressiven Strukturgruppe nur fünf Jahre, die der zwangsneurotischen Strukturgruppe sechs Jahre bis zur Erhebung ihrer Anamnese krank sind. Sowohl Hausfrauen als auch Berufstätige nehmen sehr extreme Positionen ein, was auch durch die hohe Signifikanz $p < 0,003$ der Unterschiede zwischen depressiv strukturierten Hausfrauen und berufstätigen Frauen bestätigt wird. Die Hausfrauen übertreffen zum Teil die schon lange Krankheitsdauer der depressiv strukturierten Männer und liegen weit über der Durchschnittszeit der einzelnen Strukturgruppen, die Berufstätigen weit unter diesen Durchschnittswerten.

Tab. 2: Durchschnittliche Dauer der Leitsymptomatik in Jahren

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
7	8	10	7	8	7	10	5	11	6

4.2.2.3 Alter bei Anamneseerhebung

Das Alter bei Anamneseerhebung steht in engem Zusammenhang mit den Ergebnissen der Variablen Erkrankungsalter und Dauer der Leitsymptomatik.

Die Strukturgruppen differieren um drei Jahre: Die depressiv strukturierten Charaktere kommen zur Anamneseerhebung im Alter von 29 Jahren, die zwangsneurotisch strukturierten erst im Durchschnittsalter von 31 Jahren. Dieses Ergebnis zeigt eine Signifikanz von $p < 0,018$.

Entsprechend ihrer langen Symptombdauer haben die depressiv strukturierten Männer das höchste Alter bei Anamneseerhebung: 34 Jahre. Auch bei dieser Variablen liegen sie am weitesten entfernt von den depressiv strukturierten Frauen, die mit 28 Jahren die Jüngsten zum Zeitpunkt ihrer Untersuchung sind. Sechs Jahre beträgt dieser hochsignifikante Unterschied ($p < 0,004$) beider Geschlechter der depressiven Strukturgruppe.

Die zwangsneurotisch strukturierten Frauen mit 30 Jahren sind von ihren männlichen Strukturpartnern (32 Jahre) durch zwei Jahre getrennt.

Auch beim Alter zum Zeitpunkt der Anamnese bieten die Frauen innerhalb der Strukturgruppen unterschiedliche Daten bezogen auf ihre Tätigkeit.

Die depressiv strukturierten Hausfrauen sind bei der Erhebung ihrer Krankengeschichte 33 Jahre alt, das bedeutet sechs Jahre älter als die depressiv strukturierten berufstätigen Frauen, für die ein Durchschnittsalter von 27 Jahren ermittelt werden konnte. Diese Differenz ist mit $p < 0,001$ hochsignifikant.

Auch die zwangsneurotisch strukturierten Hausfrauen sind mit 24 Jahren älter als die berufstätigen Frauen der gleichen Struktur, deren Anamnese vier Jahre früher, mit 30 Jahren erhoben wird.

Tab. 3: Durchschnittliches Alter bei Anamneseerhebung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
29	31	34	28	32	30	33	27	34	30

4.2.3 Zusammenfassung und Diskussion

Unser Ergebnis, das signifikant frühere Erkrankungsalter bei depressiv gegenüber zwangsneurotisch strukturierten Patienten, könnte einerseits die von STUDT (1974) aufgestellte und bei ihm in diesem Umfang noch nicht bestätigte Hypothese stützen, daß eine entwicklungsgeschichtlich früher stattgefundene psychische Störung auch im Erwachsenenalter früher zur Erkrankung disponieren müßte. Wenn man allerdings die Daten über das Erkrankungsalter zwischen den Strukturen nach Geschlecht aufschlüsselt, setzt sich dieser Unterschied nur bei den depressiv strukturierten Frauen gegenüber den zwangsneurotisch strukturierten fort, nicht jedoch bei den depressiv strukturierten Männern gegenüber Männern mit zwangsneurotischer Persönlichkeitsstruktur.

Innerhalb einer Struktur zeigt sich sowohl bei den depressiv als auch bei den zwanghaft strukturierten Patienten, daß Frauen früher erkranken als Männer.

Es scheint somit eine deutliche Geschlechtsabhängigkeit des Erkrankungsalters vorzuliegen, das insgesamt frühere Erkrankungsalter in der Gruppe der depressiv strukturierten Patienten allgemein muß auch durch die hier besonders zahlreich vertretenen Frauen bedingt sein (85 Frauen gegenüber 15 Männern).

Das eigentlich Überraschende ist das frühere Erkrankungsalter bei den Frauen gegenüber den Männern einer Persönlichkeitsstruktur, ein Ergebnis, das weder mit der bei STUDT (1974) referierten Literatur noch mit STUDTs (1974) eigenen Ergebnissen in Einklang zu bringen ist. Als Erklärung für das dort frühere Erkrankungsalter der Männer wird der Einfluß der bei Männern überwiegenden zwanghaften und schizoiden Persönlichkeitsstruktur und damit zusammenhängenden Konflikten diskutiert, die zu Zeiten schulisch - beruflicher Entscheidungen auftreten sollen, während bei Frauen mit hohen hysterischen Anteilen die Krisen später in den Bereichen Familie, Liebe, Fortpflanzung liegen sollen. Der Unterschied zu unseren Daten könnte einmal dadurch verursacht sein, daß in unserer Untersuchung schizoid strukturierte Patien-

ten fehlen, für die in der Literatur ein Überwiegen bei Männern berichtet wird (obwohl in STUDTs (1974) Untersuchung wiederum mehr schizoid strukturierte Frauen einbezogen waren), möglicherweise auch durch das Fehlen hysterisch strukturierter Patienten. Im Gegensatz zu STUDT (1974) können wir keinen generellen Vergleich zwischen Männern und Frauen anstellen, sondern lediglich Aussagen unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Struktur treffen. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit bietet sich an durch den in unserer Untersuchung vergleichsweise hohen Anteil von noch in Ausbildung stehenden Patienten mit einem entsprechend frühen Erkrankungsalter: Hier überwiegen eindeutig die Frauen.

Bei der Dauer der Leitsymptomatik überrascht, daß sie für depressiv und zwanghaft strukturierte Patienten fast gleich lang ist. Mit sieben und acht Jahren stimmt unser Ergebnis ungefähr überein mit dem STUDTs (1974) (acht Jahre) für die depressiv strukturierten Patienten, die Patienten mit zwanghafter Charakterstruktur hatten bei ihm allerdings eine durchschnittliche Krankheitsdauer von zwölf Jahren. Dort dürfte die besonders lange Krankheitsdauer der zwanghaft Strukturierten wohl der Schwerpunktsetzung bei den Asthmatikern - bei diesen war die Tendenz auch am deutlichsten - zuzuschreiben sein.

Interessante Aspekte werden wiederum deutlich bei der Aufschlüsselung nach Geschlecht: Jetzt fallen die depressiv strukturierten Männer mit einer Krankheitsdauer von zehn Jahren heraus, während die anderen Gruppen nahe beieinander liegen. Hier zeigt sich einerseits innerhalb der depressiv strukturierten Patienten zwischen Männern und Frauen ein nicht unerheblicher Unterschied, ein Ergebnis, das im Zusammenhang ähnlicher Differenzen bei anderen Variablen noch zu interpretieren ist, andererseits ist dabei die Tendenz zu kürzerer Krankheitsdauer bei Frauen insgesamt angedeutet.

Wenn man nun den Faktor Erwerbstätigkeit einbezieht, ergeben

sich hinsichtlich der Dauer der Leitsymptomatik bei Frauen beeindruckende weitergehende Momente: Erwerbstätige Frauen beider Strukturen und Hausfrauen beider Strukturen stimmen jeweils überein und bilden zueinander Extrempositionen; berufstätige Frauen beider Strukturen haben die kürzeste, Hausfrauen beider Strukturen haben die längste Krankheitsdauer. Am Zustandekommen dieser Ergebnisse spielen sicherlich viele Faktoren eine Rolle. Bekannt ist die Abhängigkeit der Dauer der Leitsymptomatik von Intelligenz, Geschlecht, Charakterstruktur, Neuroseart und Leitsymptomatik. In unserer Untersuchung wird nun die Bedeutung der Charakterstruktur in den Schatten gestellt von der Bedeutung der Variablen Geschlecht, die wiederum ihr eigentliches Gewicht erst bekommt durch die zusätzliche Betrachtung des soziologischen Faktors Erwerbstätigkeit, der offensichtlich ausschlaggebend ist.

Interpretierbar wäre das vielleicht damit, daß berufstätige Frauen einerseits selbst auf Klärung und Beseitigung ihrer Beschwerden drängen, sei es, daß sie durchsetzungsfähiger als Hausfrauen sind, sei es, daß sie stärkeren ökonomischen Zwängen ausgesetzt sind; eine weitere Erklärungsmöglichkeit wäre, daß auch der Arzt bei Berufstätigen eine längere Krankheitsdauer und längere Phasen der Krankschreibung nicht tolerieren kann. Offensichtlich gilt jedoch nicht, daß Frauen insgesamt, weil sie gewohnt sind, ihre Gefühle und Beschwerden offener zu äußern als Männer, damit generell eher an die männlich-väterliche Hilfsbereitschaft des Arztes appellieren, beziehungsweise ihn eher seine Hilflosigkeit in der Behandlung fühlbar werden lassen.

Es drängt sich jedoch die Frage auf, warum sich berufstätige Frauen beider Strukturen so massiv von Männern, die ja auch fast ausschließlich im Berufsleben stehen, unterscheiden. Wahrscheinlich muß man dabei doch die Arzt-Patient-Beziehung mit sehr differentiellen Einflüssen veranschlagen. Denkbar wäre etwa, daß Ärzte, in der Mehrheit selbst Männer, bei der Behandlung von Männern durch eigene "blinde Flecken" gehindert werden, psychische Momente der Krankheit zu erwägen und zu erkennen beziehungsweise von Seite der männlichen Patienten durch das beschriebene Beschwerdebild die Ärzte auch weniger auf eine eventuelle Psycho-

genese aufmerksam gemacht werden.

4.3 Leit- und Begleitsymptomatik

Die uns vorliegenden Untersuchungen zur körperlichen und psychischen Symptomatik, zur Leit- und Begleitsymptomatik psychosomatisch Kranker sind kaum miteinander vergleichbar.

Die Schwierigkeit ergibt sich zum einen daraus, daß die Untersucher Krankheiten unterschiedlich differenzieren und kategorisieren; zum anderen arbeiten sie mit Patientenkollektiven, die sich in Größe, Diagnose und Geschlechteranteil häufig nicht vergleichen lassen. Schließlich stimmt die Abgrenzung von Leit- zu Begleitsymptomatik selten überein.

Trotzdem wollen wir einige uns besonders charakteristisch erscheinende Untersuchungsergebnisse über Art und Verteilung der Leitsymptomatik von psychosomatisch Kranken exemplarisch darstellen, um so zumindest Bezugspunkte und Hintergrund für die eigene Untersuchung zu liefern.

4.3.1 Leitsymptomatik

4.3.1.1 Vorliegende Ergebnisse

4.3.1.1.1 Leitsymptomatik und Charakterstruktur

BAUMEYER (1957) konnte bei der Untersuchung der Persönlichkeitsstrukturen seines Patientenkollektivs aus jeweils 100 "reinen" Herz- und "reinen" Magenfällen folgende Verteilung nachweisen: Unter den 100 Magenfällen waren 76 mit depressiven und nur 54 mit hysterischen Strukturanteilen, unter den 100 Herzfällen waren 50 mit depressiven und 95 mit hysterischen Strukturanteilen.

Schizoide und zwangsneurotische Strukturzüge waren in den beiden Gruppen annähernd gleich häufig anzutreffen.

ZAUNER (1964), dessen Studie die Leit- und Begleitsymptomatik bei 120 zwangsneurotisch strukturierten Patienten mit überwiegender Organ- beziehungsweise überwiegender psychischer Symptomatik zum Inhalt hatte, konnte ein sogenanntes "zwangsneurotisches Organsyndrom" - Obstipation, Schlafstörung, funktionelle Herzbeschwerden, Kopfschmerzen - als Leitsymptomatik für Patienten mit Haltungsstrukturen, aber auch neben psychischer Leitsymptomatik bei Patienten mit Gehemmtheitsstrukturen als Begleitsymptomatik nachweisen.

Neben einer Bestätigung dieses Ergebnisses arbeitete BECK (1974) heraus, daß die Zwangsstruktur bei Patienten mit chronischem Gelenkrheumatismus, essentieller Hypertonie, Schreibkrampf, Tic und Stottern, also vor allem mit Erkrankungen des Bewegungssystems ausgeprägt ist.

4.3.1.1.2 Leitsymptomatik und Geschlecht

Nach PFLANZ (1962) sind in allen westlichen Ländern Adipositas, Hypertonie, Kreislauferkrankungen, Gallenblasenleiden, Polyarthritiden und Arthrosen, vor allem aber funktionelle Störungen bei Frauen häufiger diagnostiziert worden, gegenüber Koronarleiden und Ulcus duodeni bei Männern; PFLANZs (1962) eigene Untersuchung bestätigte dies im wesentlichen.

Nach BAUMEYER (1961/62), der die von fast 2000 Patienten des Zentralinstituts für psychogene Erkrankungen Berlin angegebenen Leitsymptome beschrieb, leiden Männer und Frauen am häufigsten an depressiven Verstimmungen, bei Frauen gefolgt von einer Angst- und Herzsymptomatik, bei Männern gefolgt von Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Während in dieser Untersuchung wohl schwerpunktmäßig neurotisch gestörte Patienten erfaßt sein dürften, erstellten HAGEDORN et al. (1971) eine Leitsymptomliste von fast 2000 psychosomatisch erkrankten Patienten. Zwar gaben Männer und Frauen als häufigste Beschwerden im Sinne einer Begleitsympto-

matik psychische Probleme an, jedoch traten in der Leitsymptomatik unterschiedliche Aspekte zutage: Frauen litten - in der Häufigkeitsfolge - an Magersucht, Schlafstörungen, Herzschmerzen, Asthma bronchiale, Kopfschmerzen, körperlicher Erschöpfung, Bauchschmerzen, Kolitiden, Fettsucht, während die Männer an Herzschmerzen, Bauchschmerzen, Asthma bronchiale, Kolitiden, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, körperlicher Erschöpfung, Mager- und Fettsucht erkrankt waren.

Ohne differenzierte Angaben über Geschlecht- oder Strukturverteilung sei noch die Arbeit ENKEs (1962) zitiert: Die Patienten der Psychosomatischen Station Umkirch kamen vor allem wegen einer Körpersymptomatik zur Vorstellung; nur 15% äußerten spontan psychisches Leid, wobei unklar bleibt, ob dies als Leit- oder als Begleitsymptom gewertet wurde. Von den insgesamt 273 untersuchten Patienten wurde als häufigste Leitsymptomatik mit 34% Störungen des Verdauungstrakts genannt; Herzkreislaufbeschwerden mit 19%, Nerven- und Bewegungsstörungen mit 16%, Allgemeine Störungen mit 15% und Beschwerden des Atmungssystems mit 9% folgten.

4.3.1.1.3 Leitsymptomatik und weibliche Erwerbstätigkeit

Über einen möglichen Zusammenhang zwischen weiblicher Berufstätigkeit und bestimmten Erkrankungen gibt es kaum Literatur. SPIRO (1960) berichtete bei Industriearbeiterinnen über weniger Unfälle als bei Männern. Nach HEISS (1956) erkrankten berufstätige Frauen häufiger an Uterushypoplasien, Menstruationsstörungen, Portioschleimhautveränderungen und Neubildungen als Hausfrauen. GLATZEL (1949) postulierte, daß eine Häufigkeitszunahme von Duodenalulcera bei Frauen durch vermehrte Berufstätigkeit bedingt sei.

4.3.1.2 Eigene Ergebnisse

- Allgemeine Störungen:

Allgemeine Störungen machen bei den depressiv strukturierten Patienten 8% der Leitsymptom-Diagnosen aus, bei den zwangsneurotisch strukturierten 9%.

Wenn man zusätzlich Erwerbstätigkeit als Kriterium heranzieht, überrascht, daß das Leitsymptom Allgemeine Störungen bei 21% der depressiv strukturierten Hausfrauen diagnostiziert wird, im Gegensatz zu nur 3% bei den depressiv strukturierten erwerbstätigen Frauen; zwanghaft strukturierte erwerbstätige Frauen führen diese Diagnose zu 12%, Hausfrauen mit zwanghafter Persönlichkeit nicht.

Tab. 4: Leitsymptom Allgemeine Störungen; prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
8	9	7	8	10	6	21	3	-	12

- Herzkreislaufstörungen:

Sie stellen mit 12% bei den zwanghaft strukturierten Patienten und mit 4% bei den depressiv strukturierten Patienten das drittbereichungsweise fünfhäufigste Leitsymptom dar. Dabei führt die Gruppe der Männer mit zwanghafter Persönlichkeit mit 13% vor den Frauen zwanghafter Persönlichkeit mit 9%; die depressiv strukturierten Männer mit 7% und die depressiv strukturierten Frauen mit 4% sind deutlich seltener vertreten.

Auffallend ist innerhalb der Gruppe, daß zwanghaft strukturierte Hausfrauen diese Diagnose zu 22% führen vor nur 6% der zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen; depressiv strukturierte Hausfrauen und erwerbstätige Frauen haben jeweils nur 3%.

Tab. 5: Leitsymptom Herzkreislaufstörungen; prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
4	12	7	4	13	9	3	3	22	6

- Atemwegserkrankungen:

Atemwegserkrankungen spielen als Leitsymptomatik, bei depressiv strukturierten Patienten zu 6%, bei zwanghaft strukturierten Patienten zu 5% diagnostiziert, nur eine untergeordnete Rolle. Auch bei der Aufgliederung nach Geschlecht und Erwerbstätigkeit sind keine hervorragenden Ergebnisse zu notieren.

- Magendarmerkrankungen:

Sie treten als Leitsymptom bei 43% der depressiv strukturierten Patienten und 28% der zwanghaft strukturierten Patienten auf. Bei den Patienten depressiver Persönlichkeit nehmen sie damit die Spitze innerhalb aller möglichen Leitsymptom-Klassen ein, bei den Patienten zwanghafter Persönlichkeit stellen sie die zweithäufigste Leitsymptomatik dar. Nach Geschlecht liegen die depressiv strukturierten Männer mit 60% weit vorn, depressiv strukturierte Frauen mit 40% und zwanghaft strukturierte Frauen mit 37% folgen ohne nennenswerten Unterschied; zwanghaft strukturierte Männer haben nur zu 24% eine Magendarmstörung als Leitsymptom.

Nach Erwerbstätigkeit geordnet liegen erwerbstätige zwanghaft strukturierte und depressiv strukturierte Frauen mit jeweils 41% und zwanghaft strukturierte und depressiv strukturierte Hausfrauen mit 22% und 27% nahe beieinander.

Tab. 6: Leitsymptom Magendarmstörung; prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
43	28	60	40	24	37	27	41	22	41

- Erkrankungen des Bewegungssystems:

Leitsymptomatik aus dem Bereich Bewegungssystem finden wir mit 11% bei den zwanghaft strukturierten Patienten deutlich häufiger als bei den depressiv strukturierten mit 1%. Innerhalb der zwanghaft strukturierten Patienten fallen davon 13% auf Männer und 6% auf Frauen, bei den Patienten depressiver Persönlichkeit finden wir sie nur bei 1% der Frauen.

Tab 7: Leitsymptom Störungen des Bewegungssystems; prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
1	11	-	1	13	6	-	-	-	-

- Psychische Störungen:

Mit 36% und 33% bei den depressiv und zwanghaft strukturierten Patienten tritt diese Leitsymptomatik etwa gleich häufig auf; allerdings nimmt sie damit bei den Patienten depressiver Persönlichkeit den Rang 2 hinter den Magendarmstörungen ein, während sie bei den zwanghaft strukturierten Patienten das häufigste Leitsymptom darstellt.

Nach Geschlecht aufgegliedert finden wir eine derartige Leitsymptomatik bei depressiv strukturierten Frauen mit 38% häufiger als bei depressiv strukturierten Männern mit 27%, zwanghaft strukturierte Frauen mit 37% und Männern mit 31% liegen näher beieinander.

Innerhalb der Frauengruppe ist interessant, daß zwanghaft strukturierte Hausfrauen mit 55% weitaus häufiger als depressiv strukturierte Hausfrauen mit 41% und depressiv strukturierte erwerbstätige Frauen mit 43% eine psychische Erkrankung haben, zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen mit 35% am seltensten.

Tab. 8: Leitsymptom Psychische Störungen; prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
36	33	27	38	31	37	41	43	55	35

4.3.2 Begleitsymptomatik

4.3.2.1 Vorliegende Ergebnisse

Allgemein findet man für Neurotiker als Begleitsymptome nach der Häufigkeit Magendarmstörungen, Herzkreislaufleiden und motorische Störungen, im psychischen Bereich depressive und Angstsymptome und sogenannte Allgemeine Störungen (zum Beispiel Schlafstörungen, Erschöpfbarkeit) angegeben.

DÜHRSEN (1971) berichtete vom Institut für Psychogene Erkrankungen der AOK Berlin, daß die Zusammensetzung der Krankheitsbilder in den letzten 15 Jahren kaum Schwankungen unterworfen gewesen sei:

90% der Patienten kamen mit variablen Organfunktionsstörungen als Begleitsymptomatik, 60% mit Angst als Leitsymptomatik und begleitenden Herzkreislaufbeschwerden, 40% mit depressiven Verstimmungen als Leitsymptomatik und begleitender Magendarmsymptomatik.

In einer Untersuchung von HAGEDORN et al. (1971) waren die häufigsten Begleitsymptome Schlafstörungen, Verstopfung, körperliche

Erschöpfung, Kopfschmerzen, Herzschmerzen, Bauchschmerzen, Periodenstörungen, Rückenschmerzen und Muskelkrämpfe.

4.3.2.1.1 Begleitsymptomatik und Charakterstruktur

HAU (1968) gab folgenden Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstruktur und körperlicher und psychischer Symptomatik an:

- Depressive Persönlichkeit:

Psychische Beschwerden

Müdigkeit, Schlappeheit, morgentliche Abgeschlagenheit, Energie-, Lust- und Initiativlosigkeit, leichte Erschöpfbarkeit, Leistungsschwäche, starke Minderwertigkeitsgefühle, nie voll und ganz aus sich herauskönnen, Gefühl, nichts wert zu sein, depressive Zustände, keine Lebensfreude, Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Neigung zum Weinen, Schuldgefühle.

Körperliche Beschwerden

in den Beinen: Müdigkeit, Schwäche, Schwere, keine Periode, Atembeschwerden schon bei geringer Anstrengung, Druck auf dem Herzen, leichtes Frieren, Schmerz im mittleren Oberbauch, Druckgefühl im Oberbauch, Schmerz im Oberbauch im Zusammenhang mit dem Essen, Sodbrennen, blutige Stühle, Appetitlosigkeit, viel trinken, Gewichtsabnahme, Magerkeit, Gewichtszunahme, Dickleibigkeit.

- Zwanghafte Persönlichkeit:

Psychische Symptome

dauerndes Grübeln, irgendwelche bestimmte Handlungen, die sich immer wieder "zwanghaft" wiederholen, irgendwelche bestimmten Gedanken, Vorstellungen, Gefühle oder Befürchtungen, die ihnen immer wieder einfallen.

Körperliche Beschwerden

Nacken- und Hinterkopfschmerzen, Rücken- und Kreuzschmerzen, Gelenk- und Gliederschmerzen, Verkrampfungen, Muskelkrämpfe, Tics, Zuckungen, zu selten Wasserlassen, Schmerzen und andere Beschwerden in der Periode, chronischer andauernder Husten, Schmerzen und Stiche in der

Herzgegend,
 Herzschmerzen, die sich in Arme,
 Schultern und Rücken ausbreiten,
 Schmerzen im rechten Oberbauch,
 Krämpfe im mittleren Oberbauch,
 Krämpfe im rechten Oberbauch,
 Völlegefühl, Blähungen,
 Schmerzen, Mißempfindungen im
 Unterbauch,
 Verstopfung,
 Durchfall,
 Schleimstühle,
 Herzklopfen, Herzjagen, Herzstol-
 pern.

In der Untersuchung STUDTs (1974) hatten die Patienten hysterischer Persönlichkeitsstruktur mit 14,4 und die Patienten mit Charaktermischstruktur mit 14,8 Begleitsymptomen die höchsten Werte erreicht; es folgten die schizoid (12,4), zwangsneurotisch (11,8) und depressiv (11,4) strukturierten Patienten.

Die Reihenfolge der betroffenen Organbereiche war nahezu gleich bei depressiv und zwanghaft strukturierten Patienten. Die meisten Patienten beider Gruppen gaben Psychische Symptome an: Depressiv strukturierte Patienten zu 21%, zwanghaft strukturierte Patienten 19%. Mit einigem Abstand folgten Allgemeine Störungen: Depressiv strukturierte Patienten zu 16%, zwanghaft strukturierte Patienten 15%, den dritten Platz nahmen Magendarmstörungen ein: Depressiv strukturierte Patienten litten zu 10% an Magen- und zu 10% an Darmstörungen, zwanghaft strukturierte Patienten zu 12% an Magen- und zu 10% an Darmstörungen.

4.3.2.1.2 Begleitsymptomatik und Geschlecht

In STUDTs (1974) Arbeit findet man bei einer durchschnittlichen Begleitsymptomanzahl von 12,3 einen signifikanten Unterschied zwischen Frauen mit 13 und Männern mit 10,6.

Dagegen war die Art der Begleitsymptomatik bei den beiden Ge-

schlechtern sehr ähnlich: Sie litten in den Bereichen Psyche (Männer 22%, Frauen 21%), Allgemeine Störungen (Männer 18%, Frauen 15%), Magen (Männer 13%, Frauen 11%), Darm (Männer 9%, Frauen 10%), Herz (Männer 8%, Frauen 7%), Atemtrakt (Männer 7%, Frauen 7%). Es folgten für die Männer Bewegungsstörungen, für die Frauen Periodenstörungen.

PFLANZ (1962) sah bei Gießener Poliklinikpatienten nur Oberbauchbeschwerden bei Männern häufiger als bei Frauen.

4.3.2.1.3 Begleitsymptomatik und weibliche Erwerbstätigkeit

Zu der Fragestellung der Begleitsymptomatik und Erwerbstätigkeit von Frauen sei auf die unter dem entsprechenden Punkt der Leit-symptomatik zitierte Literatur verwiesen.

4.3.2.2 Eigene Ergebnisse

- Allgemeine Störungen:

Zwischen den Strukturgruppen ist kein Unterschied zu bemerken. Nach Geschlecht aufgeschlüsselt fällt auf, daß depressiv strukturierte Männer mit 1,53 gegenüber Frauen mit 1,85 deutlich weniger über Allgemeine Störungen klagen.

Depressiv strukturierte berufstätige Frauen weisen zu den Hausfrauen dieser Persönlichkeit mit 1,88 zu 2,10 einen Unterschied auf, wenngleich nicht signifikant; noch deutlicher wird die Diskrepanz zwischen zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen mit 1,71 zu den entsprechenden Hausfrauen mit 2,33.

Aufgegliedert nach Prozentzahl der Patienten, die mindestens eine Beschwerde aus dem Bereich Allgemeiner Störungen genannt haben, tritt ein deutlicher Unterschied lediglich zwischen zwanghaft strukturierten Männern mit 84% und Frauen mit 75%

und zwischen zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen mit 76% und Hausfrauen mit 89% hervor.

Tab. 9: Begleitsymptom Allgemeine Störungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
1,80	1,71	1,53	1,85	1,71	1,72	2,10	1,88	2,33	1,71
86	81	87	86	84	75	86	85	89	76

- Sinnesstörungen:

Bei den depressiv strukturierten Patienten finden wir eine durchschnittliche Symptomanzahl aus dem Bereich Sinnesstörungen von 0,14 gegenüber 0,31 bei den zwanghaft strukturierten ($p < 0,024$).

Depressiv und zwanghaft strukturierte Männer haben eine etwas höhere durchschnittliche Beschwerdeanzahl als die jeweiligen Frauen.

Während depressiv strukturierte berufstätige Frauen und Hausfrauen sich mit 0,18 zu 0,17 durchschnittlicher Symptomanzahl nicht unterscheiden, wird dagegen ein unterschiedlicher Trend bei den zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen mit 0,41 und den Hausfrauen mit 0,11 deutlich.

Analysiert nach Prozentzahl haben depressiv strukturierte Patienten zu 12% gegenüber 23% zwanghaft strukturierter Patienten mindestens eine Klage aus dem Bereich Sinnesstörungen angegeben. Dabei führen die depressiv und zwanghaft strukturierten Männer vor den jeweiligen Frauen.

Wie bereits in der durchschnittlichen Symptomanzahl unterscheiden sich depressiv strukturierte Hausfrauen (14%) und berufstätige Frauen (15%) nicht, dagegen ist wiederum der Unterschied

zwischen zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen mit 29% gegenüber den Hausfrauen mit 11% sichtbar.

Tab. 10: Begleitsymptom Sinnesstörungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
0,14	0,31	0,20	0,13	0,34	0,25	0,17	0,18	0,11	0,41
12	23	20	11	25	19	14	15	11	29

- Hautstörungen:

Depressiv strukturierte Patienten nennen Hautstörungen mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 0,25 gegenüber 0,17 bei den zwanghaft strukturierten Patienten.

Während depressiv strukturierte Männer keine derartige Beschwerde anführen, depressiv strukturierte Frauen dagegen mit einer Häufigkeit von 0,29 ($p < 0,035$), ist der Unterschied zwischen zwanghaft strukturierten Männern mit 0,19 und Frauen mit 0,13 gering.

Sowohl bei den depressiv strukturierten berufstätigen Frauen (0,11) wie bei den zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen (0,05) wird eine Abweichung gegenüber den jeweiligen Hausfrauen (D 0,34, Z 0,33) sichtbar. Bei den depressiv strukturierten Frauen sind diese Ergebnisse signifikant voneinander abweichend ($p < 0,048$).

Der Prozentsatz der Patienten, die mindestens eine Beschwerde aus dem Bereich Hautstörungen angegeben haben, beträgt für depressiv strukturierte 22%, für zwanghaft strukturierte 14%.

Einen grenzwertig signifikanten Befund ($p < 0,058$) finden wir zwischen Männern depressiver Persönlichkeit, die keine Hautbeschwerden haben, und Frauen (26%). Bei den zwanghaft strukturierten Patienten überwiegen die Männer mit 16% gegenüber den Frauen mit 9%.

Ein signifikanter Unterschied ($p < 0,023$) tritt zwischen depressiv strukturierten berufstätigen Frauen und Hausfrauen zutage (9% und 35%); eine ähnliche Tendenz sieht man auch bei den zwanghaft strukturierten Frauen: berufstätige 6%, Hausfrauen 22%.

Tab 11: Begleitsymptom Hautstörungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
0,25	0,17	-	0,29	0,19	0,13	0,34	0,11	0,33	0,05
22	14	-	26	16	9	35	9	22	6

- Herzkreislaufstörungen:

Die durchschnittliche Beschwerdezahl der Herzkreislaufstörungen beträgt bei den depressiv strukturierten Patienten 1,34, bei den zwanghaft strukturierten 1,66.

Depressiv strukturierte Männer und Frauen unterscheiden sich hierin mit 1,33 und 1,34 Nennungen nicht, ebenso zwanghaft strukturierte Frauen mit 1,69 und Männer mit 1,65, die jedoch insgesamt etwas mehr Symptome angeben.

Auch in dieser Kategorie bestätigen sich wieder unterschiedliche Tendenzen zwischen berufstätigen Frauen und Hausfrauen: depressiv strukturierte berufstätige Frauen 1,15, depressiv strukturierte Hausfrauen 1,86 ($p < 0,029$), zwanghaft strukturierte Hausfrauen 1,67, zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen 2,06.

Nach Prozentsatz der Patienten, die mindestens eine Beschwerde aus dem Herzkreislaufsystem geäußert haben, besteht ein beträchtlicher Unterschied lediglich zwischen den depressiv strukturierten berufstätigen und Hausfrauen mit 62% zu 83%; zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen mit 71% und Hausfrauen mit

78% gleichen sich eher.

Tab. 12: Begleitsymptom Herzkreislaufstörungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
1,34	1,66	1,33	1,34	1,65	1,69	1,86	1,15	1,67	2,06
66	67	60	67	65	72	83	62	78	71

- Störungen des Atemtrakts:

Beschwerden aus dem Atemtrakt geben Patienten depressiver Struktur mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 0,40 pro Patient an, Patienten zwanghafter Struktur von 0,33.

In dieser Kategorie ist die Diskrepanz zwischen depressiv strukturierten Männern mit 0,27 und Frauen mit 0,42 bemerkenswert.

In Prozentzahlen der Patienten, die mindestens eine Beschwerde aus dem Atemtrakt geäußert haben, ist auffallend, daß depressiv strukturierte Hausfrauen mit 31% vor den berufstätigen mit 24% anzutreffen sind; deutlicher noch ist der Abstand der zwanghaft strukturierten Hausfrauen mit 44% zu den berufstätigen Frauen mit 18%.

Tab. 13: Begleitsymptom Störungen des Atemtrakts; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
0,40	0,33	0,27	0,42	0,34	0,31	0,41	0,35	0,44	0,35
29	25	27	29	26	22	31	24	44	18

- Magendarmstörungen:

Die durchschnittliche Symptomanzahl pro Patient verteilt sich im Bereich Magendarmtrakt recht homogen und mit hohen Werten auf alle Gruppen.

Ähnlich einheitlich stellen sich die Ergebnisse dar, wenn man die Prozentzahlen der Patienten betrachtet, die mindestens eine Beschwerde aus der Kategorie Magendarmstörungen geäußert haben.

Tab. 14: Begleitsymptom Magendarmstörungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
2,55	2,51	2,67	2,53	2,43	2,69	2,48	2,62	2,56	2,88
84	85	80	85	85	84	90	85	78	88

- Sexuelle und Periodenstörungen:

Klagen aus dem Bereich Sexuelle und Periodenstörungen treten bei den depressiv strukturierten Patienten mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 1,1 gegenüber 0,63 bei den zwanghaft strukturierten Patienten auf; dieses Ergebnis ist hochsignifikant ($p < 0,001$).

Depressiv strukturierte Männer mit 0,33 und zwanghaft strukturierte Männer mit 0,32 durchschnittlichen Beschwerden unterscheiden sich von den Frauen der jeweiligen Strukturgruppe mit 1,24 (DF) und 1,28 (ZF) jeweils hochsignifikant ($p < 0,000$). Weiterhin signifikant ist der Unterschied zwischen depressiv strukturierten Hausfrauen mit 1,66 zu den berufstätigen Frauen mit 1,0 ($p < 0,012$); auch bei den zwanghaft strukturierten Hausfrauen ist die Häufigkeit mit 1,44 etwas höher als bei den berufstätigen Frauen dieser Gruppe

In Prozentzahlen der Patienten, die mindestens eine Klage aus dem Bereich Sexuelle und Periodenstörungen angegeben haben,

besteht eine signifikante Abweichung zwischen depressiv strukturierten Patienten mit 72% und zwanghaft strukturierten mit 36% ($p < 0,000$). Innerhalb der Gruppe der depressiv strukturierten Patienten ist eine starke Diskrepanz von 80% bei den Frauen zu nur 27% bei den Männern bemerkenswert; zwanghaft strukturierte Frauen klagen zu 63% gegenüber 23% der Männer darüber; beide Ergebnisse sind mit $p < 0,000$ hochsignifikant.

Mit 86% erreichen die depressiv strukturierten Hausfrauen den absoluten Höchstwert gegenüber 77% der berufstätigen Frauen. Zwanghaft strukturierte Frauen unterscheiden sich als Hausfrauen (56%) oder berufstätige Frauen (58) kaum.

Tab. 15: Begleitsymptom Sexuelle und Periodenstörungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
1,10	0,63	0,33	1,24	0,32	1,28	1,66	1,00	1,44	1,18
72	36	27	80	23	63	86	77	56	59

- Störungen des Bewegungssystems:

Beschwerden aus dem Bewegungssystem treten bei zwanghaft strukturierten Patienten mit einer durchschnittlichen Anzahl von 0,84 gegenüber 0,46 bei depressiv strukturierten Patienten hochsignifikant häufiger auf ($p < 0,003$).

Innerhalb der Gruppe mit depressiver Persönlichkeit lassen sich zwischen Männern (0,47) und Frauen (0,46) keine Unterschiede feststellen; dagegen erreichen die zwanghaft strukturierten Männer mit 0,94 den Höchstwert aller Gruppen und liegen vor den Frauen zwanghafter Struktur (0,63).

Berufstätige Frauen und Hausfrauen depressiver Persönlichkeit unterscheiden sich kaum; bei den berufstätigen zwanghaft strukturierten Frauen ist die Häufigkeit mit 0,65 höher als bei den Hausfrauen (0,33).

Auch in Prozentangaben der Patienten, die diese Beschwerden mindestens einmal äußerten, setzt sich der Unterschied zwischen depressiv strukturierten Patienten (35%) und zwanghaft strukturierten (49%) fort. Eine leicht abweichende Tendenz wird jetzt zwischen depressiv strukturierten Männern (40%) und Frauen (34%) sichtbar. Bei den zwanghaft strukturierten Patienten geben die Männer zu 55% vor den Frauen zu 44% solche Beschwerden an.

In der Gruppe depressiv strukturierter Frauen tritt jetzt eine größere Häufigkeit bei den berufstätigen Frauen (44%) gegenüber den Hausfrauen (35%) hervor, noch ausgeprägter bei den zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen (47%) gegenüber den zugehörigen Hausfrauen (22%).

Tab. 16: Begleitsymptom Störungen des Bewegungssystems; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
0,46	0,84	0,47	0,46	0,94	0,63	0,55	0,53	0,33	0,65
35	49	40	34	55	44	35	44	22	47

- Psychische Störungen:

Sie sind die am häufigsten geäußerten Beschwerden: bei den depressiv strukturierten Patienten mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 2,77, bei den zwanghaft strukturierten von 3,11. Bei den depressiv strukturierten Männern finden wir diese Klagen mit 3,27 häufiger als bei den Frauen mit 2,69, bei den zwanghaft strukturierten Männern mit 2,93 seltener als bei den Frauen mit 3,5.

Depressiv strukturierte berufstätige Frauen und Hausfrauen unterscheiden sich kaum; deutlich wird eine Abweichung bei den zwanghaft strukturierten Hausfrauen mit 4,56 (Höchstwert)

von den berufstätigen Frauen mit 3,47.

In Prozentangaben der Patienten, die derartige Symptome mindestens einmal erwähnen, spiegelt sich die weite Verbreitung Psychischer Störungen wider, depressiv strukturierte Männer und zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen erreichen sogar 100%.

Tab. 17: Begleitsymptom Psychische Störungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
2,77	3,11	3,27	2,69	2,93	3,50	2,97	2,82	4,56	3,47
91	92	100	89	91	94	86	97	100	94

Im zusammenfassenden Vergleich aller Gruppen über die Begleitsymptomatik hinweg ist die durchschnittliche Symptomanzahl bei zwanghaft strukturierten Patienten mit 11,5 geringfügig höher als bei depressiv strukturierten mit 11,1 - ein Ergebnis, das dem STUDTs (1974) Untersuchung genau entspricht.

Frauen beider Strukturgruppen haben durchschnittlich mehr Beschwerden als Männer: depressiv strukturierte Männer 10,2, Frauen 11,3; zwanghaft strukturierte Männer 11,1, Frauen 12,4.

Die höchsten Werte erreichen wiederum die Hausfrauen beider Strukturgruppen: zwanghaft strukturierte Hausfrauen 13,8, depressiv strukturierte Hausfrauen 13,0.

Während zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen durchschnittlich 13,1 Beschwerden nannten, finden wir bei den depressiv strukturierten berufstätigen Frauen nur 11,0.

4.3.3 Zusammenfassung und Diskussion

Es fällt auf, daß von den möglichen Leit- und Begleitsymptomen bei den Patienten depressiver wie zwanghafter Persönlichkeitsstruktur zwei eine hervorragende Bedeutung haben: Psychische Störungen und Magendarmstörungen.

Während mit diesen beiden Symptomgruppen etwa durchschnittlich 70% der Leitsymptomdiagnosen abgedeckt sind, kommen bei den Begleitsymptomen daneben noch Allgemeine Störungen, Herzkreislaufstörungen und Sexuelle und Periodenstörungen zum Tragen.

Übereinstimmend mit der Literatur stellen wir fest, daß das Leitsymptom Magendarmstörung eine "Domäne" der Patienten depressiver Persönlichkeitsstruktur ist. Wir können unser Ergebnis noch weiter präzisieren: Depressiv strukturierte Männer überwiegen bei weitem.

Anhand der globalen Zuordnung nach Störungen des oberen und unteren Verdauungstrakts und Mager- beziehungsweise Fettsucht ist zu bemerken, daß bei den depressiv strukturierten Männern diese Zuordnung insgesamt schwierig zu treffen ist, jedoch etwa 10% der betroffenen Männer an Erkrankungen des oberen Verdauungstrakts leiden, während von den depressiv strukturierten Frauen der größte Teil an Fett- und Magersucht erkrankt ist; bei den zwanghaft strukturierten Patienten liegt der Schwerpunkt dagegen im unteren Verdauungstrakt.

Ohne hier genaue Belege anführen zu können, bestätigen unsere Ergebnisse ihrer Tendenz nach klassische Konzepte Psychosomatischer Medizin, die versuchen, bestimmten Krankheitsbildern spezifische Persönlichkeitsstrukturen zuzuordnen. So wird referiert, daß bei funktionellen Oberbauchbeschwerden depressive Züge der Patienten gefunden werden und eine orale Problematik zugrundeliegt, während etwa von Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn als Erkrankungen des unteren Verdauungstrakts zwanghafte Persönlichkeiten bevorzugt befallen werden sollen. In BAUMEYERs (1957) Untersuchung ließ sich bei "reinen" Magenfällen überwiegend eine

eine depressive Grundstruktur diagnostizieren.

In unserer eigenen Untersuchung wird man auf die Bedeutung von Magendarmstörungen für Patienten depressiver Persönlichkeitsstruktur erneut bei der Analyse der Vorerkrankungen und Primordialstörungen stoßen. Auch dort findet man depressiv strukturierte Männer vorrangig betroffen.

Für das Leitsymptom der Magendarmstörung können wir hervorheben, daß die berufstätigen Frauen sowohl depressiver wie zwanghafter Persönlichkeitsstruktur häufiger befallen sind als die jeweiligen Hausfrauen. Eine - sicher simplifizierende - Interpretation ließe sich von der Hypothese ALEXANDERS (1951) zur Entstehung des Ulcus duodeni ableiten. Er geht davon aus, daß nicht ein bestimmtes Persönlichkeitsmerkmal, sondern eine spezifische Konfliktsituation für diese Patienten charakteristisch sei, dadurch gekennzeichnet, daß sie einerseits versuchen, in einer kindlich-verwöhnenden Situation zu bleiben, andererseits dies durch überbetontes Streben nach Unabhängigkeit zu kompensieren trachten.

In eben diesem Spannungsfeld zwischen Abhängigkeit und dem Wunsch verwöhnt zu werden - dies bietet die Erziehung Mädchen besonders an - und auf der anderen Seite dem Streben nach Erfolg und Selbstständigkeit stehen berufstätige Frauen in besonderem Ausmaß. Vereinfachend ist diese Deutung deshalb, weil wir aufgrund der erwähnten Zuordnungen zu den einzelnen Abschnitten des Verdauungssystems wissen, daß sich Störungen gleichzeitig in Abhängigkeit von der Persönlichkeit in unterschiedlichen Bereichen des Magen-darmtrakts niederschlagen. Wir können jedoch aufgrund unserer Ergebnisse betonen, daß für Erkrankungen des Magendarmtrakts neben Persönlichkeit auch Geschlecht und Erwerbstätigkeit als relevante Faktoren gelten dürfen. Für die weitere Diskussion dieses Ergebnisses verweisen wir auf S. 103.

Psychische Erkrankungen wurden bei zwanghaft strukturierten

Patienten als häufigstes, bei depressiv strukturierten Patienten als zweithäufigstes Leitsymptom diagnostiziert. In einem primär "psychosomatischen" Krankengut fällt ihnen damit ein bemerkenswerter hoher Anteil zu. Als Begleitsymptom sind sie insgesamt wichtiger als Magendarmstörungen.

In der Erkrankungsrate besteht kein Unterschied zwischen den Gesamtgruppen zwanghaft und depressiv strukturierter Patienten. Im übrigen erweist sich in unserer Untersuchung, was für psychische Erkrankungen immer konstatiert werden mußte: Frauen erkranken häufiger als Männer. Ein interessanter zusätzlicher Aspekt ergibt sich aber durch die Zusammensicht von Leit- und Begleitsymptomatik bei Männern und Frauen: Psychische Begleitsymptome sind bei Männern im Durchschnitt ebenso häufig wie bei Frauen - ein Ergebnis, das zum Beispiel auch in STUDDTs (1974) Arbeit seine Bestätigung findet. Unterschiedlich ist also offenbar vor allem, welchen Stellenwert Psychische Störungen im Einzelfall bekommen, ob sie - wie bei Männern - als Randbeschwerde neben organischer Symptomatik oder - wie bei Frauen - mehr als zentrale Problematik, als Leitsymptom imponieren.

Aber auch Frauen stellen sich nicht als einheitliche Gruppe dar. Durch Extrempositionen zeichnen sich zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen und Hausfrauen aus: Zwanghaft strukturierte Hausfrauen haben die mit Abstand höchste Quote psychischer Leitsymptomatik, berufstätige Frauen erreichen dagegen fast für Männer übliche Werte.

Bei den depressiv strukturierten Frauen fällt eine ähnlich große Diskrepanz im Bereich Allgemeiner Störungen als Leitsymptomatik auf. Allgemeine Störungen, mit Symptomen wie Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, Hyperhidrosis als Sammelbecken diffuser, vor allem vegetativer Beschwerden, die gemeinhin auch als "Hausfrauen-Syndrom" bezeichnet werden (GIPSER und STEINHILBERS 1980), können unseres Erachtens als psychische Äquivalente ersten Ranges betrachtet werden - CURTIUS und ADAM (1949) nennen sie "Pöychalgien".

Dadurch würde in der Gesamtsicht Psychischer und Allgemeiner Störungen die Sonderstellung der Hausfrauen unterstrichen: Der Persönlichkeit zuzuschreiben wäre bei den depressiv strukturierten Hausfrauen die Neigung zu mehr diffusen Beschwerden, bei den zwangsneurotisch strukturierten Hausfrauen die Neigung, sich in den Beschwerden auf wenige Bereiche zu beschränken.

Für dieses Phänomen, daß Frauen und vor allem Hausfrauen eher psychisches als organisches Leid in den Mittelpunkt ihrer Beschwerden stellen, mag sicherlich teilweise eine bei Frauen größere emotionale Reaktionsbereitschaft, von Kindheit an bei Frauen mehr als bei Männern akzeptiert, verantwortlich sein. Es ist anzunehmen, daß dadurch bei Frauen häufiger Gehemmtheitsstrukturen (im Sinne SCHWIDDERs (1958/59)) mit dem Erleben der Hemmungen als psychische Beeinträchtigung gefördert werden, während die Erziehung bei Männern wahrscheinlich häufiger durch Abwehr solcher Erlebensqualitäten durch Rationalisieren und Ideologisieren Weiterentwicklungen als Haltungsstrukturen mit überwiegender Körpersymptomatik begünstigt.

Die Sonderstellung der berufstätigen Frauen zwischen Hausfrauen und Männern könnte durch mehrere Faktoren bedingt sein: Sind die Frauen, die sich als Erwachsene für Berufstätigkeit entscheiden, bereits in der Kindheit "männlicheren" Einflüssen und Ansprüchen als die späteren Hausfrauen ausgesetzt? Bietet der Beruf Frauen die Möglichkeit zur Kompensation psychischer Schwierigkeiten? Verlangt der Beruf eine gewisse Abwehr solcher Probleme? "Gelten" psychische Probleme in der Arbeitswelt nicht als ernstzunehmende, muß man, um als krank akzeptiert zu werden, "handfestere" Beschwerden vorzuweisen haben? Oder ergeben sich im Beruf spezifische Probleme und Konflikte, die sich bei Männern wie bei Frauen eher als organische Störungen niederschlagen?

Wir konnten bereits an früherer Stelle (s. S. 37) herausarbeiten, daß Hausfrauen beider Persönlichkeitsstrukturen die längste Erkrankungsdauer und damit das höchste Alter aufweisen, wenn sie zum Psychotherapeuten überwiesen werden. Dies ist um so

unverständlicher als sie gleichzeitig ein Maximum an psychischen beziehungsweise nicht eindeutig auf ein Organ zu beziehende Beschwerden beklagen und insgesamt auch die meisten Beschwerden anbieten, was die Dringlichkeit einer Vermittlung an den Spezialisten mehr als bei Patienten mit primär organischen Symptomen hervorheben sollte.

In diesem Zusammenhang wurde bereits diskutiert, daß berufstätige Frauen durch stärkeren ökonomischen Druck motivierter und durchsetzungsfähiger sein könnten, wie auch der Druck, der auf Ärzten in der Krankschreibung berufstätiger Patienten liegt, gewichtiger sein könnte. Vieles spricht aber auch dafür, daß psychische Schwierigkeiten und Klagen sowohl vom Patienten wie vom Arzt nicht genügend ernst genommen werden, sondern erst überhand nehmen müssen, um einer fachärztlichen Behandlung würdig befunden zu werden.

Herzkreislaufstörungen sind bei zwanghaft strukturierten Patienten häufiger als bei depressiv strukturierten als Leitsymptom diagnostiziert worden. Eine Zentrierung dieser Diagnose tritt wieder in der Gruppe zwanghaft strukturierter Hausfrauen zutage.

SCHWIDDER (1971) beschrieb Herzfunktionsstörungen als unspezifische Begleiterscheinungen starker Affekte, ebenso DÜHRSEN (1967), die besonders bei zwangsneurotischen Persönlichkeiten neben Schlafstörung, Kopfschmerz und Obstipation zu beobachten seien. Über gestörte Aggressionsverarbeitung und überkompensatorische Zielstrebigkeit und Geltungsfassade werde als Korrelat von Herzrhythmusstörungen und Koronarerkrankungen berichtet, die Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit Blutdruckkrankheiten sei neben aggressiven Gehemmtheiten bei gleichzeitiger Mobilisierung aggressiver Regungen durch eine leistungsüberbetonte Hergabehaltung gekennzeichnet.

Auf diesem Hintergrund können wir Mutmaßungen darüber anstellen, wodurch das gehäufte Vorkommen bei zwanghaft strukturierten Hausfrauen bedingt sein könnte: Einerseits kommt in ihrer Charakterstruktur eine Hemmung aggressiver Strebungen zum Tragen,

andererseits sind ihnen durch ihr Hausfrauendasein Möglichkeiten der Kompensierung durch Geltung und Leistung vorenthalten. Hinsichtlich der von BAUMEYER (1960) in diesem Zusammenhang zusätzlich erwähnten sexuellen Impulse - Herz als Organ der Liebe - ist in dieser Gruppe das Vorherrschen hysterischer Nebenstrukturanteile zu erwähnen.

Schließlich sei als weitere relevante Leitsymptomatik Störungen des Bewegungssystems angesprochen. Übereinstimmend mit der vorangestellten Literatur finden wir sie fast ausschließlich bei zwanghaft strukturierten Männern als Leitsymptom-Diagnose.

SCHWIDDER (1954) beschrieb Hyperkinesen wie Tics, Tremor, Torticollis und andere Störungen des Bewegungsapparates wie Stottern und Schreibkrampf als für die zwangsneurotische Persönlichkeitsstruktur typisch. Er vermutet, daß bei der Ausbildung der Zwangsstruktur der permanenten Hemmung und Bremsung motorisch-aggressiver Impulse auch Rückwirkungen auf Großhirnrinde und extrapyramidales System parallel gehen, die sogar zu dauernden Schäden führen könnten.

Sinnesstörungen, Hautstörungen, Sexuelle und Periodenstörungen spielen als Leitsymptomatik nur eine untergeordnete Rolle, sind aber als Begleitsymptomatik nicht zu vernachlässigen.

So sind Sinnesstörungen bei zwangsneurotisch strukturierten Patienten doppelt so häufig wie bei depressiv strukturierten Patienten. Weiter fällt ein deutlicher Schwerpunkt bei den Männern beider Persönlichkeitsgruppen auf, den Maximalwert erreichen allerdings zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen.

Gemeinhin gelten Sinnesstörungen als für die schizoide, eventuell auch die hysterische Persönlichkeit typisch. Wir finden jedoch bei den betreffenden Patienten keine Nebenstrukturanteile, die zu dieser Erklärung berechtigen würden.

Wir können deshalb in diesem Fall nur vermuten, daß bei unseren Patienten die Sinnesstörungen eher Ausdruck der Hemmung expansiver Tendenzen sind. Für Beschwerden wie Gleichgewichtsstörungen oder Sehstörungen, die sich in dieser Kategorie Sinnesstörungen befinden, könnte die "Funktion" durchaus einleuchten: Wer unter Sehstörungen leidet, ist massiv an der Entfaltung expansiver und motorischer Strebungen behindert. Wir hätten damit eine von der Funktion her den Bewegungsstörungen ähnliche Beschwerde-Kategorie vorliegen. Für unsere Interpretation spräche im übrigen auch, daß Bewegungs- wie Sinnesstörungen eine Affinität zur zwanghaften Persönlichkeitsstruktur zeigen.

Recht gegensätzliche Verteilungen müssen wir in der Begleitsymptomatik Hautstörungen konstatieren. Während sie für die depressiv strukturierten Männer völlig bedeutungslos sind, klagen depressiv strukturierte Frauen, im Höchstmaß aber depressiv strukturierte Hausfrauen darüber; auch die zwanghaft strukturierten Hausfrauen beschwerten sich häufiger darüber als die berufstätigen Frauen. Auch beim Verständnis dieser Beschwerden hatten wir Schwierigkeiten. Das liegt unter anderem daran, daß unter Hautaffektionen sehr verschiedenartige Erkrankungen zusammengefaßt sind, die keineswegs auf einen Nenner zu bringen sind (DÜHRSEN 1967). So werden allergische Hautstörungen üblicherweise eher der schizoiden Persönlichkeit (SCHWIDDER 1971), Störungen des Hautempfindens oder Erröten eher der hysterischen Persönlichkeit zugerechnet.

Die bei uns betroffenen Patienten, Hausfrauen vor allem der depressiven Persönlichkeitsstruktur, sind weder durch Haupt- noch durch Nebenstrukturanteile von entsprechenden Erklärungsmodellen zu erfassen. Jedoch treffen wir mit einer von DÜHRSEN (1967) ausgehenden Anregung vielleicht doch einen relevanten Aspekt. Die Autorin stellt das Hautempfinden in den Zusammenhang des Zärtlichkeits- und Kontakterlebens; in den Familien hautkranker Kinder wehe "ein kühler Wind. Hygiene und Sauberkeit werden

groß geschrieben".

Sollte es mehr als eine bloße Assoziation sein, wenn wir unterstellen, daß Hautstörungen bei Hausfrauen einerseits ihre Kontaktarmut und Isolation widerspiegeln, andererseits Problemen einer ihrer Hauptaufgaben, der Reinhaltung von Wohnungen, Wäsche und Geschirr Ausdruck geben?

Sexuelle und Periodenstörungen treten bei den depressiv strukturierten Patienten signifikant häufiger auf als bei den zwanghaft strukturierten. Diese Diskrepanz ist aber wahrscheinlich zurückzuführen auf den bei depressiv strukturierten Patienten größeren Frauenanteil; denn sowohl innerhalb der depressiv wie zwanghaft strukturierten Patienten beobachten wir zwischen Männern und Frauen entsprechende signifikante Unterschiede. Hervorgehoben werden muß, daß Hausfrauen beider Strukturen im Vergleich zu berufstätigen Frauen vermehrt unter Sexuellen und Periodenstörungen leiden (bezogen auf die durchschnittliche Symptomanzahl). Hysterische Nebenstrukturen sind bei unseren Patienten mit einem Maximalwert bei zwanghaft strukturierten Hausfrauen und einem Minimalwert bei depressiv strukturierten Hausfrauen kaum als Interpretationshilfe tauglich - auch bei Überprüfung in Einzelfällen.

Offenbar leiden Hausfrauen unter ihrer Rolle als Versorgerin der Familie, Mutter und Sexualpartnerin besonders stark.

4.4 Vorerkrankungen

4.4.1 Vorliegende Ergebnisse

Die Frage nach spezifischen Beziehungen zwischen Neuroseart und medizinischer Vorgeschichte der Patienten ist bisher wenig untersucht: Sie ist vielschichtig, denn soziologische, sozialmedizi-

nische, psychologische und psychiatrische Aspekte müssen berücksichtigt werden. Die untersuchten Krankheitsbilder müssen in sinnvollen Klassifizierungen zusammengefaßt sein, wobei Untersuchungen wie zum Beispiel von ENGEL und SCHMALE (1969) mitbedacht werden sollten, die davon ausgingen, daß die Beteiligung eines betroffenen Organs oder Systems von größerer Bedeutung ist, als die endgültige Krankheitsform. Sie belegten diese These damit, daß sich zum Beispiel Patienten mit Hyperthyreose und Schilddrüsenkarzinom in ihrer psychischen Struktur einander sehr ähneln.

4.4.1.1 Häufigkeit von Vorerkrankungen

4.4.1.1.1 Häufigkeit von Vorerkrankungen und Charakterstruktur

Konkrete Zahlen über Vorerkrankungen von Neurosekranken sind in der Literatur rar. STUDDT (1974) beschäftigte sich mit der Beziehung von Charakterstruktur, Geschlecht und verschiedenen Krankheitsbildern in der medizinischen Vorgeschichte, wobei er für die Vorerkrankungen ähnliche Tendenzen feststellen konnte wie für die Begleit- und Primordialsymptome. Hinsichtlich der Charakterstruktur fand er einen deutlichen Häufigkeitsgipfel bei den Mischstrukturen mit durchschnittlich 9,2 Vorerkrankungen, gefolgt von der schizoiden Struktur mit 7,8, der depressiven Struktur mit 7,0 und der zwanghaften beziehungsweise hysterischen Struktur mit 5,6.

4.4.1.1.2 Häufigkeit von Vorerkrankungen und Geschlecht

In bezug auf das Geschlecht fand STUDDT (1974) bei Frauen mit sieben signifikant mehr Vorerkrankungen als bei Männern mit fünf.

Bei durchschnittlichen Patientenkollektiven in Allgemeinpraxen galten unter den Vorerkrankungen Virusinfekte und infektiöse Atemwegserkrankungen als die häufigsten (BIERMANN 1974), wobei Mädchen und Frauen eine höhere Morbidität aufwiesen (MEIERHOFER 1969). STUDDT (1974) bestätigte diese Beobachtung: Von seinen Patienten erkrankten mit durchschnittlich 3,2 die Frauen signifikant häufiger an infektiösen Krankheiten als die Männer mit zwei.

4.4.1.2 Infektiöse und Infektionskrankheiten

Gerade bei Infektiösen und Infektionskrankheiten, bei denen normalerweise ein Nachweis von objektiven organischen Veränderungen wie Erreger im Blut, Sputum oder Rachenabstrich möglich ist, läge es nahe, eine monokausale Erreger-Krankheitsbeziehung zu akzeptieren und eine Betrachtung unter psychosomatischen Gesichtspunkten zu unterlassen. Es konnte jedoch an sehr verschiedenen Patientenkollektiven die besondere Anfälligkeit einzelner Gruppen nachgewiesen werden (HERRMANN 1981), wobei allerdings eine komplexe Fülle von möglicherweise krankheitsbestimmenden Faktoren zusammentraf. Eindeutige Zusammenhänge zwischen sozialen Bedingungen und Infektiösen Krankheiten konnte zum Beispiel von VIRCHOW (1968) hergestellt werden, der die großen Typhusepidemien in Oberschlesien auf das soziale Umfeld zurückführte, oder von SPITZ (1945), der die besonders hohe Infektanfälligkeit hospitalisierter Säuglinge beschrieb. Andere Faktoren, wie Umwelt- und Stresssituationen und psychische Strukturen der Patienten können in ihrer Bedeutung oft noch schwer bewertet werden und eine Zuordnung zu bestimmten psychosomatischen Konzepten scheint bisher kaum möglich.

4.4.1.2.1 Infektiöse- und Infektionskrankheiten und Charakterstruktur

Bei STUDT (1974) waren Infektiöse Erkrankungen insgesamt am meisten bei Patienten mit einer Mischstruktur (4,2) zu finden. Schizoid Strukturierte folgten dicht mit 3,8, depressiv und hysterisch Strukturierte boten durchschnittlich 3,2 beziehungsweise 3,1 Infektiöse Vorerkrankungen. Auffällig waren die zwangsneurotisch Strukturierten, die mit nur 2,2 Vorerkrankungen signifikant weniger erkrankten als die Vergleichsgruppen.

4.4.1.2.2 Infektiöse- und Infektionskrankheiten und Geschlecht

Frauen boten bei STUDT (1974) mit 3,2 signifikant mehr Infektiöse und Infektionskrankheiten als Männer (2,0), wobei sie auch signifikant mehr zyklische, die Männer mehr Lokalinfectionen angaben. Dies stützt die allgemeine Beobachtung, daß sich Störungen bei Männern an weniger Organsystemen ausbreiten als bei Frauen.

4.4.1.3 Unfälle

Zahlreiche Ergebnisse in der Unfallforschung konnten bestätigen, daß die Anzahl der "vermeidbaren Unfälle" und die Anzahl der betroffenen Personen seit vielen Jahren etwa konstant geblieben sind. Dabei wurde offensichtlich, daß es sich bei den in Unfälle Verstrickten um Menschen handelt, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums unter gleichen Umweltbedingungen häufiger als andere zu Unfällen kommen: 60-80% aller Unfälle können in der Person des Betroffenen und in seinem Verhalten begründet angesehen werden, wobei sich diese hohe Unfallrate auf das Versagen und

auf Fehlhandlungen einer Gruppe von etwa 4-5% besonders unfallgefährdeter Personen bezieht (BIERMANN 1974, DUNBAR 1959/60).

4.4.1.3.1 Unfälle und Charakterstruktur

MOORAD (1948) beschrieb hypomanische, depressive, paranoide, psychoneurotische und psychopathische Patienten als für Unfälle verantwortlich, während andere Untersucher wie zum Beispiel MAYER (1960) sich sowohl dagegen aussprechen, daß die "Unfälle" neurotische Persönlichkeiten seien als auch, daß Neurosen besonders zum Unfall disponierten. Für MAYER (1960) handelte es sich bei den in Unfälle Verstrickten um "Persönlichkeitsvarianten im Normbereich" mit der "Mini-Variante" Unfallneigung.

Die differenziertesten Versuche einer Beschreibung des Zusammenhanges von Unfallbereitschaft und Persönlichkeitsstruktur finden wir bei DUNBAR (1959/60). Sie unterteilt die Unfallbeteiligten in vier Gruppen:

1. Personen mit einem vollausgebildeten Unfallhabitus,
2. Personen, die auf eine spezifische Stresssituation mit einem Unfall antworten,
3. Personen, die nur auf sehr schweren Stress mit einem Unfall reagieren,
4. Personen, die offensichtlich den Unfalltod suchen als Ersatz für Mord oder Selbstmord.

Folgende Komponenten der Persönlichkeitsstruktur hält sie für unfalldisponierend:

- der icheingeschränkte Kontakt mit den Eltern in der Kindheit,
- die Abneigung gegenüber Autoritäten, die weder durch eine Tendenz zur Dominanz noch durch eine zur Gefügigkeit kompensiert wird,

- die ambivalente Einstellung gegenüber der Übernahme von Verantwortung,
- eine tiefe und wohlverborgene Abneigung sich selbst gegenüber mit einem defekten Gefühl der Identität,
- eine Ausrichtung auf kurzfristige Lebensziele und die momentbedingte Einstellung gegenüber Gefühlen.

Im Hinblick auf seelische und charakterliche Auffälligkeiten hatten nach STUDDT (1974) Patienten mit Suizidneigung, Alkoholsucht oder Depressionen und Magenkrankheiten am meisten Unfälle, meist mit schweren Körperschäden. Seine Patienten mit Charaktermischstrukturen liegen mit 1,2 Unfällen vor depressiv (0,6) und zwangsneurotisch Strukturierten (0,4).

4.4.1.3.2 Unfälle und Geschlecht

Zur Geschlechtsverteilung finden wir in der Literatur die Angabe, daß Männer deutlich häufiger Unfälle, auch mit Todesfolge, als Frauen erleiden (BIERMANN 1974). Diese Tendenz ist schon bei Kindern zu beobachten: Knaben erleiden mehr als doppelt so viele Unfälle als Mädchen (69% : 31%), die Mädchen vor allem im 2. Lebensjahr und zur Einschulung, die Jungen dagegen während der Pubertät (STEINWACHS 1963). Auch STUDDTs (1974) Patientenkollektiv wies diese Geschlechtsverteilung auf: Männer haben mit 0,6 Unfällen signifikant mehr als die Frauen mit 0,3.

4.4.1.4 Operationen

Untersuchungen haben ergeben, daß sich psychisch Kranke wesentlich häufiger einer Operation unterziehen und daß ein hoher Prozentsatz chirurgischer Patienten psychische Auffälligkeiten zeigt

(HENKER 1964, KERN 1966). Ein psychosomatischer Hintergrund für Operationen wird zum Beispiel auch darin deutlich, daß von Appendektomierten, die wegen einer chronischen Appendizitis operiert wurden, 35 bis 50% der meist jungen Frauen und 20% der Männer histologisch eine normale Appendix hatten (BARRACLOUGH 1968).

4.4.1.4.2 Operationen und Charakterstruktur

Die höchste Operationsrate gab STUDDT (1974) an für zwangsneurotische und Mischstrukturen: 1,7 und 1,8. Schizoid und depressiv Strukturierte boten durchschnittlich 1,5, hysterisch Strukturierte 1,1 Operationen.

4.4.1.4.2 Operationen und Geschlecht

Die genauesten Informationen über operierte Patienten betreffen Appendektomien, Herz- und gynäkologische Operationen. Sowohl bei Appendektomien als auch bei Herzoperationen überwogen Frauen und Patienten mit post- und präoperativ beobachteten Angstneurosen und Depressionen (BLICKENSTORFER 1958, BARRACLOUGH 1968). Auch bei gynäkologischen Operationen wurde ein hoher Anteil (bis zu 4%) von neurosekranken Patientinnen beobachtet, wobei auch hier Depressionen, Angstneurosen und Hysterien am weitesten verbreitet waren (PASINI 1966). STUDDT (1974) weibliche Patienten unterzogen sich ebenfalls etwas häufiger (1,6) Operationen als die Männer (1,3). Frauen wurden öfter appendektomiert, während Männer öfter wegen eines Bruchs, an der Nase und den Nebenhöhlen operiert wurden.

4.4.1.5 Gynäkologische Beschwerden

Schon WALTHARDT (1909) empfahl, in Frauenkliniken Abteilungen einzurichten, in denen neurosekrankte Frauen mit gynäkologischen Beschwerden ohne organisches Substrat behandelt werden sollten. Die Erkenntnis eines Zusammenhangs zwischen Neurose und gynäkologischen Störungen ist also schon alt; trotzdem liegen konkrete Daten zu möglichen strukturabhängigen gynäkologischen Krankheiten nicht vor. Werden in der Literatur gynäkologische Störungen beschrieben, so stehen Zyklusstörungen als Ausdruck einer Irritation der weiblichen Fortpflanzung und der psychosexuellen Entwicklung des Mädchens zur Frau meist im Mittelpunkt (FRICK 1981, KEPP und STÄMMLER 1980).

4.4.1.5.1 Gynäkologische Beschwerden und Charakterstruktur

STUDT (1974) beschränkte sich auf die Darstellung gynäkologischer Operationen und konnte eine Strukturbetroffenheit in folgender Reihenfolge herausarbeiten: Mischstruktur, hysterische, zwanghafte und depressive Struktur.

4.4.1.5.2 Gynäkologische Beschwerden und weibliche Erwerbstätigkeit

Nach RASPER (1980) waren Schwangerschaften und Entbindungen von Berufstätigen auffallend unkomplizierter im Vergleich zu Hausfrauen; die Kinder kamen mit einem höheren Apgar²⁾, also mit

2) Apgar: Punktschema zur Beurteilung des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt durch Überprüfung von Herzfrequenz, Atmung, Muskeltonus, Reflexauslösbarkeit und Hautfarbe.

besserem Allgemeinbefinden zur Welt. Sie erklärte dies mit der ausgeglicheneren und selbständigeren psychischen Situation der berufstätigen Frauen. Dieses Ergebnis weist auf eine Beziehung zwischen sexuellem Verhalten im weitesten Sinne und der sozialen Position der Frauen hin. FRICK (1981) konnte eine Abhängigkeit gynäkologischer Beschwerden von gesellschaftlichen Bedingungen bestätigen.

4.4.2 Eigene Ergebnisse

4.4.2.1 Häufigkeit von Vorerkrankungen

Männer und Frauen tragen je nach Struktur unterschiedlich zu den Gesamtergebnissen der Persönlichkeitsstruktur bei:

Während die depressiv strukturierten Frauen "kränker" als die Männer der gleichen Struktur sind, weisen bei den zwangsneurotisch strukturierten Patienten die Männer mehr Vorerkrankungen auf als die Frauen.

Noch extremer werden die Unterschiede beim Einbeziehen der Variablen Erwerbstätigkeit: Die depressiv strukturierten Hausfrauen weisen die Maximalwerte auf, die zwangsneurotisch strukturierten Hausfrauen fallen mit den niedrigsten Werten im Gruppenvergleich auf.

Tab. 18: Vorerkrankungen; durchschnittliche Gesamthäufigkeit

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
7,55	6,74	5,87	7,69	6,97	5,66	8,70	7,15	4,57	6,53

Fassen wir alle Krankheiten zusammen, so haben depressiv strukturierte Frauen, zwangsneurotisch strukturierte Frauen und Männer

ihre anfälligste Zeit im Alter bis elf Jahre, weisen jedoch einen zweiten Gipfel auf ab dem 22. Lebensjahr.

Die depressiv strukturierten Männer fallen mit einer extrem hohen Krankheitsrate ab dem 22. Lebensjahr auf, mit der sie weit über den Ergebnissen ihrer Kindheit liegen. Auch die zwangsneurotisch strukturierten Männer weisen ab 22 eine auffällig hohe Morbidität auf, wenn auch niedriger als im Vergleichswert der depressiv strukturierten Männer. Bemerkenswert bei den Männern ist, daß sich im Vergleich mit den Frauen der zweite Gipfel schon ab dem 17. Lebensjahr "anbahnt", während die Frauen zwischen 12 und 21 eine relativ stabile Phase aufweisen.

Tab. 19: Vorerkrankungen; altersgruppierte Durchschnittswerte

	0 - 11	12 - 16	17 - 21	ab 22
DM	1,30	0,39	1,09	3,02
DF	2,93	0,95	0,94	1,73
ZM	2,49	0,74	1,00	1,92
ZF	1,95	0,83	0,75	1,09

4.4.2.2 Infektionskrankheiten

Der Unterschied in der Häufigkeit von Infektionskrankheiten in der Vorgeschichte unserer beiden Strukturgruppen ist signifikant ($p < 0,015$): Depressiv strukturierte Patienten geben 2,26, zwanghaft strukturierte nur 1,73 Infektionskrankheiten an.

Während wir für die depressiv strukturierten Männer nur 1,27 Erkrankungen finden, leiden die Frauen der gleichen Struktur mit 2,43 am häufigsten an Infektionskrankheiten. Dieses Ergebnis ist hochsignifikant ($p < 0,010$).

Bei dem Prozentsatz der Patienten, die mindestens eine Infektionskrankheit hatten, stechen die depressiv strukturierten Männer mit der geringsten (67%), die Frauen (84%) beziehungsweise Hausfrauen (85%) der gleichen Strukturgruppe mit der höchsten Betroffenheit hervor.

Tab. 20: Vorerkrankung Infektionskrankheiten; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
2,26	1,73	1,27	2,43	1,72	1,75	2,56	2,38	1,89	1,82
81	75	67	84	75	75	83	85	78	77

Bei den vier Vergleichsgruppen konzentrieren sich die Infektionskrankheiten auf das Alter 0-11 Jahre; sie erreichen ab dem 22. Lebensjahr einen zweiten Gipfel (außer bei den zwangsneurotisch strukturierten Frauen).

Tab. 21: Vorerkrankung Infektionskrankheiten; altersgruppierte Durchschnittswerte

	0 - 11	12 - 16	17 - 21	ab 22
DM	0,93	0	0,07	0,27
DF	1,81	0,09	0,06	0,12
ZM	1,13	0,03	0,09	0,14
ZF	1,19	0,03	0,09	0,06

4.4.2.3 Infektiöse Erkrankungen

Besondere Auffälligkeiten ergeben sich für die Untergruppen der zwangsneurotisch strukturierten Frauen: Während die berufstätigen Frauen mit durchschnittlich 1,47 Infektiösen Erkrankungen über dem Durchschnitt aller Vergleichsgruppen liegen, geben die Hausfrauen lediglich 0,78 Erkrankungen an.

Nur 41% der zwangsneurotisch strukturierten Frauen hatten mindestens eine Infektiöse Krankheit, hingegen 66% der Männer mit gleicher Struktur. Dieser Unterschied ist mit $p < 0,023$ signifikant.

Tab. 22: Vorerkrankung Infektiöse Erkrankungen; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
1,24	1,36	0,87	1,30	1,41	1,25	1,31	1,35	0,78	1,47
56	58	40	59	66	41	62	62	45	42

Unterschiede beobachten wir bei der Altersbetroffenheit für Infektiöse Erkrankungen: Depressiv strukturierte Frauen, zwangsneurotisch strukturierte Männer und Frauen haben ihre höchste Anfälligkeit zwischen 0 und 11 Jahren. Die depressiv strukturierten Männer zeigen in der Kindheit mit Abstand die geringste Anfälligkeit, sie erreichen jedoch nach dem 22. Lebensjahr den Spitzenwert von 0,33.

Tab. 23: Vorerkrankung Infektiöse Erkrankungen; altersgruppierte Durchschnittswerte

	0 - 11	12 - 16	17 - 21	ab 22
DM	0,13	0,27	0,20	0,33
DF	0,49	0,08	0,20	0,27
ZM	0,54	0,24	0,13	0,24
ZF	0,43	0,25	0,06	0,13

4.4.2.4 Andere Erkrankungen

Depressiv strukturierte Männer, die bei Infektiösen und Infektionskrankheiten die niedrigsten Anfälligkeiten angaben, erreichen mit durchschnittlich 1,87 die höchste Betroffenheit an Anderen Erkrankungen.

Bezüglich der prozentualen Betroffenheit liegt die größte Differenz zwischen zwangsneurotisch strukturierten berufstätigen Frauen (71%) und den Hausfrauen der gleichen Struktur mit 44%.

Tab. 24: Vorerkrankung Andere Erkrankungen; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
1,41	1,14	1,87	1,33	1,25	0,91	1,24	1,27	0,69	1,19
57	60	67	56	60	60	55	56	44	71

Für alle Vergleichsgruppen finden wir die höchste Erkrankungsrate ab dem 17. beziehungsweise 22. Lebensjahr, wobei die depressiv strukturierten Männer mit den höchsten Werten hervorstechen.

Tab. 25: Vorerkrankung Andere Erkrankungen; altersgruppierte Durchschnittswerte

	0 - 11	12 - 16	17 - 21	ab 22
DM	0	0	0,37	1,50
DF	0,24	0,21	0,25	0,51
ZM	0,30	0,12	0,18	0,57
ZF	0,03	0,22	0,13	0,34

4.4.2.5 Unfälle

Für die Unfallhäufigkeit finden wir einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Strukturgruppen ($p < 0,018$): Die depressiv strukturierten Patienten geben einen Wert von 0,41, die zwangsneurotisch strukturierten von 0,71 an.

Unabhängig von der Struktur erleiden deutlich mehr Männer Unfälle als Frauen. Dabei liegen die zwangsneurotisch strukturierten mit 0,90 vor den depressiv strukturierten mit 0,73.

Zwischen zwangsneurotisch strukturierten Männern und Frauen ergeben sich hochsignifikante Unterschiede sowohl für die durchschnittliche Unfallrate ($p < 0,002$) als auch für die prozentuale Betroffenheit der Gruppen ($p < 0,001$).

63% der Männer und nur 22% der Frauen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur geben mindestens einen Unfall an. Die prozentuale Betroffenheit der beiden Persönlichkeitsgruppen ergibt einen signifikanten Unterschied ($p < 0,005$).

Tab. 26: Vorerkrankung Unfälle, durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
0,41	0,71	0,73	0,35	0,90	0,31	0,31	0,27	0,44	0,29
25	50	47	21	63	22	21	21	33	18

Die zwangsneurotisch strukturierten Männer zeigen eine relativ gleichmäßige Unfallverteilung für alle Altersstufen, mit einem Gipfel ab dem 17. Lebensjahr. Für die depressiv strukturierten Männer finden wir einen konzentrierten Wert von 0,4 Unfällen nach dem 22. Lebensjahr.

Tab. 27: Vorerkrankung Unfälle, altersgruppierte Durchschnittswerte

	0 - 11	12 - 16	17 - 21	ab 22
DM	0,12	0,06	0,06	0,40
DF	0,09	0,05	0,02	0,08
ZM	0,16	0,12	0,22	0,22
ZF	0,03	-	-	0,13

4.4.2.6 Operationen

Die Operationsraten unserer beiden Persönlichkeitsgruppen liegen sehr dicht. Extreme Unterschiede finden wir jedoch zwischen den depressiv strukturierten Hausfrauen mit 1,83 und den zwangsneurotisch strukturierten mit 0,44.

Bezüglich ihrer prozentualen Betroffenheit unterscheiden sich

auch Männer (81%) und Frauen (59%) mit zwangsneurotischer Persönlichkeitsstruktur ($p < 0,004$).

Tab. 28: Vorerkrankung Operationen; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
1,42	1,52	1,13	1,47	1,69	1,16	1,83	1,38	0,44	1,47
76	74	67	78	81	59	86	74	45	71

Die zwangsneurotisch strukturierten Männer bieten eine gleichmäßig aufsteigende Kurve mit dem höchsten Operationswert von 0,75, was einen Maximalwert für alle Gruppen bedeutet. Die zwangsneurotisch strukturierten Frauen wurden zwischen 17 und 21, die übrigen Gruppen ab dem 22. Lebensjahr am häufigsten operiert.

Tab. 29: Vorerkrankung Operationen; altersgruppierte Durchschnittswerte

	0 - 11	12 - 16	17 - 21	ab 22
DM	0,12	0,06	0,39	0,52
DF	0,28	0,28	0,26	0,50
ZM	0,18	0,23	0,38	0,75
ZF	0,27	0,18	0,41	0,37

4.4.2.7 Gynäkologische Störungen

Für die Anzahl der gynäkologischen Störungen ergeben sich deutliche Unterschiede bei den von uns untersuchten Frauen: Die depressiv strukturierten Frauen geben durchschnittlich 0,81 gynäkologische Beschwerden an, die zwangsneurotisch strukturierten nur 0,28. Dieser Unterschied ist signifikant ($p < 0,003$).

Die depressiv strukturierten Hausfrauen nennen mehr Störungen als die Berufstätigen, wenn auch nicht mit solch extremen Werten wie sie bei den depressiv strukturierten Frauen anzutreffen sind: Dort erkrankten die berufstätigen Frauen mit einer Häufigkeit von 0,50, die Hausfrauen liegen mit 1,45 an der Spitze. Wir finden hier einen signifikanten Unterschied ($p < 0,011$).

Von den depressiv strukturierten Frauen geben 40% mindestens eine gynäkologische Störung an, von den zwangsneurotisch strukturierten mit 22% deutlich weniger. Wir finden einen signifikanten Unterschied ($p < 0,050$) zwischen den depressiv strukturierten Hausfrauen, von denen 69% und den berufstätigen, von denen 42% mindestens eine gynäkologische Störung aufweisen.

Tab. 30: Vorerkrankung Gynäkologische Störungen; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung

DF	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
0,81	0,28	1,45	0,50	0,33	0,29
48	22	69	42	22	24

4.4.2.8 Organbetroffenheit

Wenn man den Gedanken ENGELS und SCHMALES (1969) aufgreift, die Art der Vorerkrankungen zu vernachlässigen und statt dessen nach

betroffenen Organen zu analysieren, erhält man folgende interessante Ergebnisse: Während depressiv strukturierte Frauen und zwangsneurotisch strukturierte Frauen und Männer vor allem an der Haut und dem Atemtrakt reagieren, bieten die depressiv strukturierten Männer für diese Organe sehr niedrige Krankheitsraten. Sie liegen jedoch mit einer teilweise dreimal höheren Betroffenheit an Magendarmerkrankungen weit an der Spitze. Auch zu den Frauen der gleichen Strukturgruppe ist der Abstand sehr groß. Zwangsneurotisch strukturierte Frauen und Männer fallen gegenüber den depressiv strukturierten Patienten mit den deutlich höheren Ergebnissen bei Mittelohrerkrankungen auf. Bei Tonsillektomien und Herzkreislaufstörungen führen die zwangsneurotisch strukturierten Männer.

Männer beider Persönlichkeitsgruppen erkranken gegenüber Frauen sehr viel häufiger am Bewegungssystem, sie erleiden auch häufiger Unfälle, mit und ohne Frakturen.

Krankheiten am Urogenitaltrakt, Appendektomien, gynäkologische Störungen sowie Schwangerschaftskomplikationen werden von depressiv strukturierten Frauen mehr genannt als von Frauen mit zwanghafter Charakterstruktur.

Tab. 31: Vorerkrankungen, Organbetroffenheit; durchschnittliche Anzahl

	DM	DF	ZM	ZF
Haut	0,53	1,41	1,10	1,12
Atemtrakt	0,86	1,61	1,47	0,99
Magendarmtrakt	1,59	0,69	0,51	0,50
Mittelohr	0,07	0,07	0,19	0,25
Nasen, Nebenhöhlen	0,19	0,16	0,25	0,16
Urogenitaltrakt	0,20	0,41	0,13	0,24
Bewegungssystem	0,20	0,08	0,29	0,03
Herzkreislaufsystem	-	0,07	0,12	0,06
Endrokines System	-	0,08	0,07	0,03
Tonsillektomien	0,26	0,43	0,60	0,31
Gallenoperationen	0,06	0,02	0,03	0,03
Appendektomien	0,19	0,42	0,27	0,37
Bruchoperationen	0,19	0,03	0,10	0,06
Unfall mit Fraktur	0,37	0,12	0,38	0,09
Unfall ohne Fraktur	0,33	0,18	0,50	0,22
Andere somatische Störungen	0,93	0,62	0,72	0,55
Gynäkologische Störungen, einschl. Schwangerschaftskomplikationen + gynäkologische Operationen		1,03		0,33

4.4.3 Zusammenfassung und Diskussion

Insgesamt sind von unseren Patienten die depressiv strukturierten von mehr Vorerkrankungen betroffen als die zwangsneurotisch strukturierten.

Fragwürdig ist, ob dieses Ergebnis auf einer tatsächlich höheren Krankheitsanfälligkeit der depressiv Strukturierten beruht oder ob diese Patienten bereiter sind, Beschwerden und Krankheiten dem Arzt gegenüber anzubieten, während zwangsneurotisch strukturierte ihre Symptome nüchterner darstellen und nur in dringenden Fällen den Arzt zu Rate ziehen.

Fassen wir alle Krankheiten zusammen, so fallen bei der Untersuchung des Krankheitsalters für beide Strukturgruppen zwei Gipfel auf: Der erste Gipfel in der Kindheit bis zum 11. Lebensjahr kann wahrscheinlich mit der allgemeinen Anfälligkeit von Kindern für Infektiöse und Infektionskrankheiten ("Kinderkrankheiten") erklärt werden. Gestützt wird diese These durch die jeweils hohe prozentuale Betroffenheit.

Den zweiten Krankheitsgipfel finden wir für alle Gruppen ab dem 22. Lebensjahr, wobei die depressiv Strukturierten die höheren Werte angeben, die in diesem Fall vor allem durch die hohe Krankheitsrate der Männer zustande kommen. Diese sind bis zum 16. Lebensjahr die gesündesten, wenn man von ihrer bis dahin geringen Krankheitshäufigkeit ausgeht. Ab 17 Jahren erhöht sich ihr Wert sprunghaft, sie erreichen ab 22 ihren Spitzenwert, mit dem sie weit vor den Vergleichsgruppen liegen.

Wenn auch mit niedrigeren Werten als die depressiv strukturierten Männer weisen die zwangsneurotisch strukturierten Männer ab dem 17. Lebensjahr doch deutlich höhere Ergebnisse auf als die gleich strukturierten Frauen.

Diese von der Tendenz her mehr geschlechts- als strukturabhängige Betroffenheit könnte auf eine ereignisbezogene Krankheitsanfälligkeit hinweisen.

Wir müssen hier an STUDT (1974) erinnern, der näher auf den Einfluß psychischer Faktoren auf die Ätiopathogenese von Infektiösen und Infektionskrankheiten eingeht: Allgemein ist die Wirkung psychischer Faktoren auf die Ätiopathogenese von Erkrankungen, die auf einer Dys- oder Unterfunktion des Immunsystems beruhen, so zu beschreiben, daß durch psychischen Stress persönlichkeits- und affektspezifische Zustandsänderungen auf den Stoffwechselbereich wirken und damit eine Resistenzschwäche der örtlichen Abwehrvorgänge provoziert wird und über das Zwischenhirn-, Hypophysen- und humorale System die immunologischen und allergischen Reaktionsmöglichkeiten verändert werden (HERRMANN 1981). Für unser Beispiel könnte das heißen, daß ab dem 17. und besonders nach dem 22. Lebensjahr Ereignisse liegen, die speziell für Männer krankheitsbringenden Stress bedeuten. Wir denken hier an Schulabschluß, Ausbildung und Berufswahl, Kontakte mit Frauen, Trennung vom Elternhaus, Gründung einer eigenen Familie. So ist zum Beispiel vorstellbar, daß diese Ereignisse für Männer ein definitive-res Ende der Geborgenheit und Abhängigkeit vom Elternhaus bedeuten, daß mit dem Beginn der Ausbildung und des Berufs eindeutiger an Leistung, Pflichtbewußtsein, Verantwortung und Unabhängigkeit appelliert wird; während für Frauen aufgrund der noch immer als normal geltenden Orientierung auf Ehe und Familie diese Jahre als Übergangszeit zur Geborgenheit und Sicherheit in der Ehe gelten. Wir erinnern an dieser Stelle auch an die auffällig häufigen Magendarmkrankungen der depressiv strukturierten Männer, die im Zusammenhang mit der Forderung nach Leistung und Unabhängigkeit und dem Wunsch nach Geborgenheit und Verwöhnung erklärt werden könnte.

Im Alter bis zu 11 Jahren liegen die depressiv strukturierten Frauen mit der durchschnittlichen Krankheitsrate weit vorn, und zwar für alle Krankheitsgruppen außer Unfällen. Besonders hoch ist der Abstand zu den gleich strukturierten Männern. Aber auch zwischen zwangsneurotisch strukturierten Männern und Frauen finden wir beträchtliche Unterschiede in der Morbidität während dieses Zeitraumes, wobei die Männer kränker als die Frauen sind. Solche

diskrepanten Ergebnisse zwischen Männern und Frauen einer Struktur lassen an Thesen wie die von STOKVIS und BOLTEN (1962) denken, die den Einfluß der Dauer und Anzahl von Krankheiten auf die Strukturentwicklung betonten: Daß spezifische Persönlichkeitsmerkmale nicht nur Ursache, sondern auch Folge von Krankheiten sein können. Übertragen auf unsere Ergebnisse stellt sich damit die Frage, inwieweit in früher Kindheit erkrankte Mädchen Verwöhnung, Rücksicht und übermäßigen Schutz in einer Weise erfahren, die die Entwicklung depressiver Strukturanteile provoziert. Demgegenüber könnten kranke Jungen mit der Aufforderung konfrontiert sein, die Zähne zusammenzubeißen, stark und nicht krank zu sein. So könnte einmal die Hemmung der aggressiv-motorischen Antriebe der Jungen durch lange und häufige Bettlägerigkeit, zum anderen die härtere, anspruchsvolle Haltung der Eltern kränkelnden Söhnen gegenüber die Formung zwanghafter Persönlichkeitszüge fördern.

Unfälle finden wir mit signifikantem Unterschied mehr bei zwanghaft als bei depressiv Strukturierten. Wenn DUNBAR (1959/60) ihre oben zitierten unfalldisponierenden Faktoren auch keiner spezifischen Persönlichkeitsstruktur zuordnet, zeigen sich doch enge Verbindungen zwischen den von ihr gegebenen Charakterisierungen und den Strukturmerkmalen von zwangsneurotisch Strukturierten. Damit wäre die Unfallverteilung auf unsere beiden Strukturgruppen zu verstehen.

Modifiziert wird diese Aussage jedoch durch die Untersuchung der geschlechtsabhängigen Betroffenheit: Die Frauen beider Strukturen ähneln sich sehr in ihren vergleichsweise niedrigen Werten; entsprechend der Literatur erleiden die Männer wesentlich mehr Unfälle als Frauen. Hier müssen also auch geschlechtsspezifische Komponenten als unfalldisponierend diskutiert werden. Zu denken ist einmal an die ausgeprägtere motorische Haltung von Jungen (DÜHRSEN 1951), die zwar von ihnen erwartet, aber auch permanent in Schranken gewiesen wird. Nicht zu unterschätzen ist auch die Bedeutung des Autos und Motorrades als Motorik-Ersatz ("motorisierter Untersatz") und als Statussymbol gerade für Männer: Die

Verarbeitung von Störungen, Enttäuschungen und Leiden im Bereich von Leistung und Anerkennung über den Hebel "Auto" liegt nahe. Bezogen auf die Unfälle finden wir bei den zwangsneurotisch strukturierten Männern sowohl den höchsten Durchschnittswert als auch die höchste prozentuale Beteiligung. Altersbezogen variiert ihre Unfallneigung auffallend wenig im Gegensatz zu den Vergleichsgruppen. Fassen wir diese Angaben zusammen, so kommt der zwanghaft strukturierte Mann DUNBARs (1959/60) Beschreibung des "vollausgebildeten Unfallhabitus" sehr nahe. Anders der depressiv strukturierte Mann: Seine Unfälle konzentrieren sich fast ausschließlich auf die Zeit nach dem 22. Lebensjahr. Nach DUNBAR (1959/60) spricht dies eher dafür, daß Männer mit depressiver Persönlichkeitsstruktur als Antwort auf spezifische Stresssituationen Unfälle erleiden. Wir denken hier wieder an die Probleme des Erwachsenwerdens, die schon oben angesprochen wurden.

Auch bei Operationen stechen die zwangsneurotischen Männer hervor. Bezogen auf die Altersstufen weisen sie die am kontinuierlichsten aufsteigende Kurve auf, weiterhin finden wir bei ihnen die zweithöchste durchschnittliche Operationsrate sowie die zweithöchste prozentuale Betroffenheit. Hier macht sich eine sehr hohe Zahl von Tonsillektomien und auch die Unfälle, zu einem hohen Prozentsatz mit einer Fraktur verbunden, bemerkbar. Parallelen, die sich zu den Ergebnissen der Unfälle ziehen lassen, werden verständlich, wenn wir die psychoanalytischen Interpretationen der Unfall- und Operationspersönlichkeit vergleichen. Für beide gilt, daß sie in Konfliktsituationen Symptomhandlungen suchen, mit denen sie unbewußt strafen, verstümmeln, töten wollen, sich selbst und andere, was durch Unfälle und Operationen seinen Ausdruck finden kann.

Die Interpretation der Operationshäufigkeit für Frauen ist schwierig, da sich weder durch Struktur noch durch Tätigkeitsbereiche eindeutige Verbindungen herstellen lassen. Während die depressiv strukturierten Hausfrauen sowohl mit ihrer prozentualen Beteiligung als auch mit ihren Durchschnittswerten weit an der Spitze

der Vergleichsgruppen liegen, geben die zwangsneurotisch strukturierten Hausfrauen jeweils die niedrigsten Werte an. Die Berufstätigen liegen in ihren Ergebnissen dicht zusammen, allerdings übertreffen die zwangsneurotisch strukturierten die depressiv strukturierten leicht. Ein Grund für die erstaunlich geringe Betroffenheit der zwangsneurotisch strukturierten Hausfrauen könnte in ihrer Nebenstruktur liegen: Weit über die Hälfte weisen hysterische Anteile auf. Auch bei STUDT (1974) zeigten Hysteriker die geringste Operations- (auch Unfall-)häufigkeit. Vielleicht gelingt es diesen Patienten besser als anderen, ihre (auto-) aggressiven Impulse im psychischen Bereich oder in sozialen Kontakten auszuleben als in selbstzerstörerischen Ersatzhandlungen wie Operationen.

Die hohe Operationsrate der zwanghaft strukturierten Hausfrauen könnte ein weiteres Zeichen ihrer schon an anderen Stellen diskutierten passiven Haltung sein, aufgrund derer sie schneller bereit sind, sich operieren zu "lassen". Da ein Großteil ihrer Operationen gynäkologische sein dürften, könnten Interpretationen von gynäkologischen Störungen depressiv strukturierter Hausfrauen (s.u.) auch Verständnishilfen liefern für ihre Operationshäufigkeit.

Angaben zu Art und Zeitpunkt der Operationen könnten weiter zur Deutung beitragen. Diese liegen uns in der Differenzierung nach Tätigkeitsbereichen jedoch nicht vor.

Auffällige Unterschiede finden wir in der Gegenüberstellung der Ergebnisse von Gynäkologischen Störungen zwischen depressiv und zwanghaft strukturierten Frauen.

Unterteilt nach Tätigkeiten fällt die stärkere Betroffenheit der Hausfrauen auf, allerdings liegen die depressiv strukturierten Hausfrauen weit vor den Vergleichsgruppen und die zwangsneurotisch strukturierten Hausfrauen noch hinter den Ergebnissen der depressiv strukturierten Berufstätigen. Strukturdisponierende Komponenten scheinen als von entscheidender Bedeutung zu sein.

Von allen gynäkologischen Erkrankungen sind Periodenstörungen

am häufigsten. Wir wollen auch an die hohe Erkrankungsrate der Frauen (vor allem der depressiv strukturierten) am Urogenitaltrakt erinnern, sowie an ihre hohe Beteiligung an Appendektomien. STUDDT (1974) konnte als typische Konfliktsituation beim Beschwerdebild Appendizitis Lebensumstände herausarbeiten, die eng mit Ereignissen aus den Bereichen Sexualität, Schwangerschaft und Geburt verbunden sind. Sprachen wir oben davon, daß viele unterschiedliche Faktoren für die Krankheitsentstehung mitverantwortlich sind, so müssen wir am Beispiel der gynäkologischen Störungen die Bedeutung der gesellschaftlichen Bedingungen sowie der sozialen Stellung der Patientinnen unterstreichen. Typisierungen der psychisch gesunden Frau, die immer Kinder will und bekommt und in ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter aufblüht (MARSH und VOLLMER 1951), werden psychodynamisch heute sicher kaum noch akzeptiert. Sie verdeutlichen jedoch die sich wandelnde Erwartung und soziale Bewertung, mit denen sich Frauen in spezieller Weise auseinandersetzen müssen. Die sich verändernde Stellung der Frau in Beruf und Familie fördert die Widersprüche bei der Rollenfindung, zerstört alte Vorbilder und Identitätsmöglichkeiten. Hinzu kommt, daß Themen wie Liebe und Sexualität mehr als andere den Erlebnissbereich berühren und noch immer einer starken Tabuisierung unterliegen. All diese Faktoren legen es nahe, daß sich Frauen, bei der Konfrontation mit geschlechtsspezifischen Konflikten, gerade ihrer ganz weiblichen körperlichen Funktionen als psychodynamisches Ausdrucksmittel bedienen, wie zum Beispiel der Menstruation, durch die sie Monat für Monat an Probleme ihrer Identität (als Frau, Mutter, Sexualpartner) erinnert werden.

Berücksichtigen wir nun die starke Betroffenheit der depressiv strukturierten Frauen bei gynäkologischen Störungen, so könnte ein Grund in der Erziehung dieser Frauen liegen. Schon oben versuchten wir herauszuarbeiten, daß depressive Strukturen fördern- des Erziehungsverhalten sich an traditionell weiblichen Tugenden und Idealen wie Anlehnung, Passivität und Unterordnung orientiert. Gerade Hausfrauen in ihrer relativen sozialen Isolation und ökonomischen Abhängigkeit könnten unter ihren widersprüchlichen Wünschen, diesen Idealen zu entsprechen und sie zugleich in Frage

zu stellen, schwere Konflikte erleiden.

Es ist denkbar, daß Frauen mit zwangsneurotischer Charakterstruktur eher auf männlich getönte Aufgaben beziehungsweise weniger traditionell weibliche hinerzogen wurden und deshalb auch geringere Probleme haben, eine realitätsbezogene Identität aufzubauen.

4.5 Primordialsymptomatik

4.5.1 Vorliegende Ergebnisse

Vorangestellt seien Ergebnisse über die Häufigkeit einzelner Primordialsymptome beziehungsweise Primordialsymptomgruppen, wobei wiederum als Problem berücksichtigt werden muß, daß kein allgemein verbindliches Kategorisierungsschema existiert.

ADAM (1960) berichtete, daß bei 133 jungen Patienten, die im Jahr 1959 in der Erziehungsberatungsstelle Göttingen vorgestellt wurden, die Leitsymptome folgendermaßen verteilt waren: 25 zeigten psychosomatische und psychische Erkrankungen, 20 Verhaltensstörungen, 18 Leistungsstörungen, 20 soziale Störungen, 13 Verwahrlosungszüge, 5 organische Krankheiten; bei 32 Kindern waren allgemeine Beratungsfragen Anlaß des Kommens. Von den Einzelsymptomen fielen 48 auf die Gruppe psychosomatische oder psychische Erkrankungen, 115 auf die Gruppe Verhaltensstörungen, 47 auf die Gruppe Leistungsstörungen, 50 auf die Gruppe soziale Störungen, 14 auf die Gruppe Verwahrlosungszüge.

In dem Tätigkeitsbericht dieser Erziehungsberatungsstelle aus dem Jahr 1968 (ADAM 1969) hatten die Diagnosen von 173 Patienten bei 91 den Schwerpunkt im Verhaltensbereich, bei 39 im Leistungsbereich, bei 27 im psychischen Bereich, bei 13 im körperlichen Bereich.

Unter den Einzelsymptomen führten die Leistungsstörungen mit 117 weit vor Kontaktstörungen (85), motorischer Unruhe (58), depressiven Verstimmungen (56), Trotz, Jähzorn und Einordnungsschwierigkeiten (57).

Aus der Psychosomatischen Beratungsstelle der Universitätskinderpoliklinik München referierten BIERMANN et al. (1963) über die Jahre 1955 bis 1961. Dort überwogen in den ersten Jahren deutlich seelische Fehlhaltungen als Leitsymptome (Schulschwierigkeiten, Angstzustände, Bindungslosigkeit, Erziehungsschwierigkeiten), bis 1961 war dann jedoch eine starke Zunahme psychosomatischer Reaktionen in den Leitsymptomdiagnosen zu verzeichnen; darunter faßten die Autoren unter anderem Enuresis, Enkopresis, psychogene Körperreaktionen, psychomotorische Unruhe, Tics, Sprachstörungen, Schlafstörungen zusammen. Aus der weiteren Differenzierung psychogener Körperreaktionen erwähnen wir die sechs häufigsten: Fettsucht, Kopfschmerzen, Nabelkoliken, vegetative Dystonie, Erbrechen und Asthma - darunter also drei Erkrankungen aus dem Bereich des Magendarmtrakts!

STUDT (1974) gliederte die Primordialsymptomatik in Phobien, Angstzustände, Verhaltensstörungen, sonstige psychische Störungen, Nägelkauen, Fingerlutschen, Bettnässen, Magendarmstörungen, Atemstörungen, Herzkreislaufstörungen, Nervosität und sonstige somatische Störungen.

4.5.1.1 Primordialsymptomatik und Charakterstruktur

In der Untersuchung STUDTs (1974) wiesen die Patienten mit schizoider Persönlichkeitsstruktur die meisten körperlichen Primordialsymptome auf, die Patienten mit Mischstruktur die meisten psychischen. Patienten schizoider Struktur litten häufiger an Angstzuständen, Atemstörungen und Nägelkauen als andere; zwanghaft strukturierte Patienten klagten häufiger als andere über Phobien und Bettnässen als Primordialsymptome, hysterisch strukturierte über Nervosität, Mischstrukturierte über Magendarmstörungen, Fingerlutschen, Verhaltensstörungen, Herzkreislaufstörungen und andere psychische Symptome. Die depressiv strukturierten Patienten erreichten in keinem Bereich Maximalwerte.

Während von den schizoid strukturierten Patienten und den Patien-

ten mit Mischstruktur jeweils 100% über frühkindliche Störungen klagten, waren es bei den hysterisch strukturierten 80%, bei den zwanghaft strukturierten 73% und bei den depressiv strukturierten nur 70%.

Die durchschnittliche Symptomanzahl nahm dabei von der Mischstruktur (2,8) über die schizoide (2,4) und hysterische Struktur (2,1) zur zwangsneurotischen (1,9) und depressiven Struktur (1,6) ab.

Für die uns interessierenden zwanghaften und depressiven Strukturgruppen ergaben sich also im wesentlichen keine gravierenden Unterschiede in der Verteilung der Primordialsymptomatik, durchschnittlicher Symptomanzahl und unterschiedlichen Einzelsymptomen mit Ausnahme von Nägelkauen und Fingerlutschen, wobei depressiv strukturierte Patienten die zwanghaft strukturierten übertrafen.

Aus dem Tätigkeitsbereich der Erziehungsberatungsstelle Göttingen 1968 (ADAM 1969) geht bezüglich der Struktur lediglich hervor, daß die meisten der 173 Patienten eine Mischstruktur (47) hatten, 29 eine zwanghafte, 21 eine depressive, 13 eine hysterische und 12 eine schizoide Struktur.

VANSELOW (1971) fand bei ihrer Unterteilung 60 Tic-erkrankter Kinder in Patienten mit überwiegender Haltungs-, Gehemmnheitsbeziehungsweise Mischstruktur, daß Patienten mit Gehemmnheitsstrukturen weniger körperliche Frühsymptome hatten als Patienten mit Haltungsstrukturen; die aktuelle psychische Symptomatik überwog bei den Patienten mit Gehemmnheitsstrukturen, Verhaltens- und Charakterstörungen bei Patienten mit Haltungsstrukturen.

Obwohl in unserer Untersuchung vernachlässigt, sei über das Erkrankungsalter an frühkindlichen Störungen noch angeführt, daß nach SCHWIDDER (1956) das 1. und 2. Lebensjahr als Erkrankungsalter der sich entwickelnden schizoiden Persönlichkeitsstruktur, das 3. Lebensjahr als Erkrankungsalter der depressiven, das 6. Lebensjahr als Erkrankungsalter der zwanghaften und das 9. bis 12. Lebensjahr als Erkrankungsalter einer beginnenden hysterischen Persönlichkeitsstruktur gilt.

4.5.1.2 Primordialsymptomatik und Geschlecht

Man kann feststellen, daß Jungen häufiger als Mädchen mit Primordialsymptomen auffällig werden.

In der Erziehungsberatungsstelle Göttingen (ADAM 1960, 1969) und in der Psychosomatischen Beratungsstelle der Kinderpoliklinik München (BIERMANN et al. 1963) betrug das Verhältnis von Jungen zu Mädchen 2:1.

Im einzelnen traten bei Jungen Enuresis, Enkopresis, Atemstörungen, Sprachstörungen, Schulschwierigkeiten, Bindungslosigkeit, Angstzustände einschließlich Pavor nocturnus und Tics häufiger auf (BIERMANN et al. 1963, VANSELOW 1971, ADAM 1960, 1969, SCHWIDDER 1951, WERCZBERGER 1959).

In STUDTs (1974) Untersuchung überwogen Daumenlutschen und -wider Erwarten - Bettnässen und Nägelkauen bei den Mädchen. Bei ihm gaben Frauen zwar etwas seltener als Männer Primordialsymptome an (74% und 80%), jedoch war die durchschnittliche Symptomanzahl bei den Frauen mit 2,1 höher als bei den Männern mit 1,5.

4.5.2 Eigene Ergebnisse

Die durchschnittliche Anzahl von Primordialsymptomen ist bei depressiv strukturierten Patienten mit 1,98 geringfügig höher als bei zwangsneurotisch strukturierten mit 1,84; der prozentuale Anteil der Patienten, die mindestens ein Primordialsymptom geäußert haben, ist mit 82% und 84% bei depressiv und zwanghaft strukturierten Patienten nahezu gleich.

Betrachtet man die Ergebnisse in der Aufschlüsselung nach Geschlecht, wird deutlich, daß Männer beider Strukturgruppen etwas mehr Primordialsymptome als Frauen in ihrer Anamnese angeben. Die depressiv strukturierten Männer erkrankten mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 2,13 vor den depressiv strukturierten Frauen mit 1,95, zwanghaft strukturierte Männer mit einer durch-

schnittlichen Häufigkeit von 1,90 vor den zwanghaft strukturierten Frauen mit 1,72.

Die eigentlich interessanten Unterschiede treten jedoch zwischen Hausfrauen und berufstätigen Frauen hervor: Depressiv strukturierte Hausfrauen geben mit 1,48 durchschnittlicher Symptomanzahl merklich weniger Primordialsymptome als die depressiv strukturierten berufstätigen Frauen mit 1,97 an, bei zwanghaft strukturierten Hausfrauen mit 0,89 ist der Abstand zu den berufstätigen Frauen zwanghafter Persönlichkeit mit 2,0 noch imponierender ($p < 0,021$). Auch der prozentuale Anteil von Patienten, die mindestens ein Primordialsymptom angegeben haben, ist bei den Hausfrauen geringer als bei den berufstätigen Frauen.

Tab.: 32: Primordialsymptomatik, Gesamthäufigkeit; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung

D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
1,98	1,84	2,13	1,95	1,90	1,72	1,48	1,97	0,89	2,00
82	84	80	82	84	84	72	88	56	94

Wie für die Vorerkrankung haben wir auch für die Primordialsymptomatik durch Handauszählung eine Feinanalyse nach Symptom- beziehungsweise Krankheitsgruppen, Persistenz und Erkrankungsalter durchgeführt. Da sich jedoch bereits bei der Anamneseextrahierung zeigte, daß das genaue Erkrankungsalter nur in Ausnahmefällen erinnert oder niedergelegt war, haben wir auf die Wiedergabe der altersgruppierten Werte verzichtet. Aus der Größenordnung der nach Symptomgruppen klassifizierten Daten wird ersichtlich, daß eine weitere Aufschlüsselung für erwerbstätige und Hausfrauen ebenfalls nicht sinnvoll gewesen wäre.

- Bettnässen

Depressiv und zwanghaft strukturierte Männer erreichen mit 0,27 und 0,28 durchschnittlicher Bettnässer nahe identische Werte; der Abstand zu depressiv strukturierten Frauen mit 0,14 und zwanghaft strukturierten Frauen mit 0,09 ist deutlich. Die Persistenz ist vernachlässigbar gering.

Tab. 33: Primordialsymptom Bettnässen; durchschnittliche Anzahl und Persistenz

DM	DF	ZM	ZF
0,27	0,14	0,28	0,09
0,07	0,01	0,01	-

- Daumenlutschen

Es ist ein geringfügiges Überwiegen bei den depressiv strukturierten Männern (0,27) und Frauen (0,20) angedeutet vor den zwanghaft strukturierten Männern (0,18) und Frauen (0,16). Lediglich bei den depressiv strukturierten Frauen ist in 0,04 Fällen eine Persistenz der Symptomatik erwähnt.

Tab. 34: Primordialsymptom Daumenlutschen; durchschnittliche Anzahl und Persistenz

DM	DF	ZM	ZF
0,27	0,20	0,18	0,16
-	0,04	-	-

- Nägelbeißen

Hier führen die depressiv strukturierten Männer mit 0,40 deut-

lich vor depressiv strukturierten Frauen mit 0,22; zwanghaft strukturierte Männer (0,19) und Frauen (0,25) unterscheiden sich kaum. In dieser Symptomgruppe ist die Persistenz mit 0,20 bei depressiv strukturierten Männern und 0,12 bei depressiv strukturierten Frauen vor jeweils 0,06 bei zwanghaft strukturierten Männern und Frauen zu beachten.

Tab. 35: Primordialsymptom Nägelbeißen; durchschnittliche Anzahl und Persistenz

DM	DF	ZM	ZF
0,40	0,22	0,19	0,25
0,20	0,11	0,06	0,06

- Angstzustände

Sie sind bei allen Gruppen weitverbreitet: An der Spitze liegen zwanghaft strukturierte Frauen mit 0,50; zwanghaft strukturierte Männer und depressiv strukturierte Frauen mit jeweils 0,35 und depressiv strukturierte Männer mit 0,33 differieren in der Häufigkeit nicht. Die Persistenz ist vor allem in den Gruppen der Frauen groß.

Tab. 36: Primordialsymptom Angstzustände; durchschnittliche Anzahl und Persistenz

DM	DF	ZM	ZF
0,33	0,35	0,35	0,50
0,07	0,21	0,13	0,28

- Magendarmstörungen

Sie stellen das wichtigste somatische Primordialsymptom dar. Unübersehbar ist die Diskrepanz zwischen depressiv und zwanghaft strukturierten Patienten.

Mit 0,53 erreichen depressiv strukturierte Männer den absolut höchsten Wert, den eine Gruppe in der Kategorie Primordialsymptomatik aufzuweisen hat; sie liegen damit vor den depressiv strukturierten Frauen mit 0,39. Zwanghaft strukturierte Männer mit 0,16 und Frauen mit 0,13 unterscheiden sich kaum.

Auch die Persistenz von Magendarmstörungen ist mit 0,22 bei depressiv strukturierten Frauen und 0,27 bei depressiv strukturierten Männern klar hervorgetreten.

Tab. 37: Primordialsymptom Magendarmstörungen; durchschnittliche Anzahl und Persistenz

DM	DF	ZM	ZF
0,53	0,39	0,16	0,13
0,27	0,22	0,09	-

- Herzstörungen

Sie sind mit 0,07 bei depressiv strukturierten Frauen und Männern und 0,09 bei zwanghaft strukturierten Männern nicht sehr verbreitet; im Verhältnis dazu scheint die Persistenz jedoch relativ hoch zu liegen.

Tab. 38: Primordialsymptom Herzstörungen; durchschnittliche Anzahl und Persistenz

DM	DF	ZM	ZF
0,07	0,07	0,09	-
0,07	0,05	0,07	-

Enkopresis, Verhaltensstörungen, Störungen der Atemwege und Anderen psychischen und somatischen Störungen kommt nur eine geringe Bedeutung als Primordialsymptom zu.

4.5.3 Zusammenfassung und Diskussion

Betrachten wir lediglich depressiv und zwanghaft strukturierte Patienten, treten keine nennenswerten Unterschiede hervor. Erst bei der weitergehenden Differenzierung nach Geschlecht, Erwerbstätigkeit und einzelnen Primordialsymptomen bemerken wir beachtenswerte Abweichungen.

So weisen Männer beider Persönlichkeitsstrukturen etwas mehr Primordialsymptome auf als Frauen. Dieses Resultat kann sich auf zahlreiche entsprechende Ergebnisse in der Literatur stützen, ausgenommen die Untersuchung STUDeTs (1974) - dort treten zwar bei weniger Mädchen frühkindliche Störungen auf, insgesamt aber in höherer durchschnittlicher Anzahl bei Jungen. Allerdings müssen wir dazu anmerken, daß die STUDeTschen Selektionskriterien (Patienten aller Persönlichkeitstypen) nicht mit unseren (Patienten zweier Persönlichkeitstypen) kompatibel sind und ein direkter Vergleich sich daher verbietet.

Einem sogar doppelt so hohen Andrang von Jungen im Vergleich zu Mädchen entnehmen wir den Berichten aus Erziehungsberatungsstellen. Dabei muß allerdings in Rechnung gestellt werden, daß bestimmte Formen des Rückzugverhaltens bei Mädchen nicht auffallen, da sie mit ihrer Geschlechtsrolle vereinbar sind; zudem wird Leistungsversagen in der Schule, ein Hauptgrund für die Vorstellung von Kindern in Erziehungsberatungsstellen, bei Jungen als wesentlich alarmierender bewertet.

Wir finden in den Beratungsstellen aus der Gesamtheit der Kinder, die an Störungen leiden, nur diejenigen vor, deren Störungen den Eltern auffielen und deswegen - ein weiterer Schritt - in einer Institution vorgestellt wurden. Es sind damit andere Ausle-

sefaktoren wirksam als sie für die Patienten unserer Untersuchung vorauszusetzen sind. Es ist also keineswegs zu vermuten, daß Jungen tatsächlich in diesem Ausmaß störanfälliger als Mädchen sind.

Zum genaueren Verständnis von Geschlechtsunterschieden ist es aufschlußreich, einzelne Primordialsymptome heranzuziehen:

Dabei müssen wir feststellen, daß nur ein einziges Primordialsymptom unabhängig von der Persönlichkeitsstruktur bei Männern eindeutig häufiger als bei Frauen Erwähnung fand: Bettnässen. Enuresis ist eine der verbreitetsten neurotischen Störungen im Kindesalter. SCHWIDDER (1952) hebt als unerläßliche Bedingungen dafür die Bedeutung der gestörten Mutter-Kind-Beziehung hervor; bei der Mehrzahl der Enuretikermütter fänden sich Angaben über unerwünschte Schwangerschaft, andere Mütter seien in der Haltung dem Kind gegenüber inkonsequent und zwiespältig. Auf einen konstitutionellen Faktor von Seiten des Kindes macht der Autor außerdem aufmerksam: Es scheint sich um Kinder zu handeln, die früh durch besondere Vitalität, Hypermotorik und Sensibilität auffielen.

Ausgehend von der Physiologie der normalen Blasenfunktion und der Enuresis mit vermehrtem Blasentonus einerseits und der herabgesetzten Fähigkeit, darauf zu reagieren andererseits, betont DÜHRSEN (1967), daß entsprechende psychische Reaktionsweisen durchaus bei Enuretikerkindern zu beobachten seien: Sie ständen sehr häufig in einer angespannten Leistungsbereitschaft, die sie gleichzeitig abwehren müßten - verkörpert werde dieser Zwiespalt einerseits durch das "ängstliche, selbstunsichere, leistungsbemühte Enuretikerkind" und andererseits durch den "ausgesprochen phlegmatischen Enuretiker".

Erklärungsversuche für das allgemein bestätigte Überwiegen der Enuresis bei den Jungen lassen sich von diesen Ansätzen SCHWIDDERs und DÜHRSENs ableiten: Jungen, von Natur aus mit dem größeren motorischen Betätigungsdrang ausgestattet als Mädchen, werden von Müttern, zumal wenn diese Kinder unerwünscht waren, als stärkere Belastung empfunden und entsprechend eingeengt - Enuresis

als Ausdruck unbefriedigter Zärtlichkeitwünsche, aber auch als Protesthaltung gegen Einschränkungen der Mutter. Jungen, die wohl stärker als Mädchen Projektionsziel elterlicher Hoffnungen und Träume sind, werden mit übersteigerten und verfrühten Leistungsanforderungen, zunächst in der Sauberkeitserziehung, konfrontiert - Enuresis als Ausdruck für erhöhten psychischen Druck, auf den nicht angemessen reagiert werden kann.

Bei keiner weiteren Störung ließ sich ein reines Überwiegen der Männer konstatieren. Jedoch ergeben sich aus dem Zusammentreffen von Persönlichkeitsstruktur und Geschlecht Konstellationen, die offenbar das Auftreten bestimmter Primordialsymptome begünstigen: Depressiv strukturierte Männer sind am häufigsten von Daumenlutschen, Nägelbeißen und Magendarmstörungen betroffen (man beachte die diesen Störungen gemeinsame orale Komponente), zwanghaft strukturierte Frauen von Angstzuständen und Atemwegsstörungen.

Daumenlutschen und Nägelbeißen sind nach den Erfahrungen DÜHRSENS (1967) oft miteinander gekoppelt. Daumenlutschen, für kleine Kinder als durchaus normal zu betrachten, sei, wenn es persistiere, als Suche nach oraler Beruhigung und Zärtlichkeit zu interpretieren. Daß nach unserer Untersuchung depressiv strukturierte Männer am häufigsten "Daumenlutscher" waren, entspricht nicht der Erwartung für dieses als typisch weiblich bekannte Primordialsymptom; jedoch ist es einleuchtend, daß diese Störung - als eine orale - bei depressiv strukturierten Menschen besonders ausgeprägt ist.

Für die Entstehung des Nägelbeißen sieht DÜHRSEN (1967) neben motorischer Einengung, analog zu Übersprungshandlungen eingengter Tiere, auch die Behinderung oraler Impulse als ursächlich an. Werde aggressive Selbstentfaltung gehemmt, so richte sich die "orale Aggression im Beißimpuls" gegen den eigenen Körper. Dementsprechend habe die Autorin Nägelbeißen besonders oft verge-

sellschaftet mit einer späteren zwangsneurotischen Persönlichkeitsentwicklung beobachten können. Wir müssen dem mit dem Ergebnis einer Schwerpunktsetzung bei den depressiv strukturierten Männern teilweise widersprechen, können uns dabei aber an STUDTs (1974) Resultat anlehnen. Die Angaben über ein Persistieren des Nägelbeißens bei der Hälfte unserer betroffenen Patienten stützt dies noch zusätzlich.

Während die Tatsache, daß Männer häufiger Nägelbeißen als Primordialsymptom erwähnen, mit der Sichtweise DÜHRSENS (1967) in Einklang zu bringen ist - als die motorisch Ungestümmen unterliegen sie stärkeren Restriktionsversuchen -, scheint bei unseren depressiv strukturierten Patienten doch die orale Komponente die aggressive überwogen zu haben: Beißen mehr im Sinn des Haben-wollens und Einverleibens?

Auf der Linie dieser Interpretation liegt als weiteres Ergebnis das häufige Vorkommen von frühkindlichen Magendarmstörungen bei depressiv strukturierten Männern. Daß hierbei der depressiven Persönlichkeitsstruktur eine erhebliche Bedeutung beizumessen ist, kann man an der ebenfalls hohen Betroffenheit depressiv strukturierter Frauen ablesen. Auch aus der Beratungsstelle der Kinderpoliklinik München (BIERMANN et al. 1963) haben wir Vergleichsdaten vorliegen, die die hervorstechende Stellung von Magendarmstörungen unter den somatischen Primordialstörungen belegen, wenngleich die Persönlichkeitsstruktur dort keine Berücksichtigung fand. In der Studie STUDTs (1974) erlauben Magendarmstörungen weder eine Trennung zwischen depressiver und zwanghafter Persönlichkeitsstruktur noch zwischen Männern und Frauen.

Interessant erscheint, daß Magendarmstörungen in unserer Untersuchung bei den depressiv strukturierten Männern nicht nur als Primordialsymptom, sondern auch als Vorerkrankung und Leitsymptom eine Schlüsselrolle spielen. Hier tut sich offenbar eine Entwicklungslinie auf, die bis in die frühe Kindheit zurückreicht!

Ohne auf den spezifischen psychodynamischen Hintergrund einzelner frühkindlicher Magendarmstörungen wie Nabelkolik, Erbrechen, Inappetenz, Adipositas, Obstipation eingehen zu können, möchten wir den Gedanken SCHWIDDERs (1954, 1965) aufnehmen, daß bei Vor-

liegen von Magendarmstörungen - ganz allgemein - gesunde Impulse des Habenwollens und Besitzergreifens gehemmt worden seien. Für den Magendarmkranken sei charakteristisch, daß er einerseits seine Besitzwünsche nicht adäquat durchsetzen, aber auch nicht ganz auf sie verzichten könne. Statt "rein" depressiven Persönlichkeitszügen, gekennzeichnet durch Resignation und Bescheidenheit, entstehe so eine depressive Persönlichkeit, die durch Streben nach Unabhängigkeit, Leistung und Ehrgeiz überkompensiert sei, bei der eine Verdrängung oraler Wünsche nicht gelungen sei, sondern eine starke Ambivalenz der EB-, Besitz- und Liebeswünsche eine Quelle ständiger Spannung sei.

Als Erklärung für das häufigere Betroffensein männlicher Patienten könnte man daraus hypothetisch ableiten, daß vielleicht in der Erziehung von Mädchen eher "reine" depressive Strukturentwicklungen mit offenen depressiven Zügen, Bescheidenheit und mangelnder Durchsetzungsfähigkeit gefördert werden, während sich bei Jungen etwa durch gleichzeitig vorhandene Ansprüche nach Leistung und einer gewissen Unabhängigkeit die beschriebene überkompensierte Persönlichkeit ausprägt.

Ein weiteres unserer Ergebnisse könnte als Beleg für diesen Gedanken dienen: Psychische Störungen, teilweise als "rein" depressive zu interpretieren, spielen als Leitsymptomatik bei den depressiv strukturierten Frauen eine wichtigere Rolle als bei den depressiv strukturierten Männern.

Angstzustände und Atemwegserkrankungen sind die beiden einzigen Primordialstörungen, in denen mit der Gruppe der zwanghaft strukturierten Frauen eine weibliche Gruppe die höchste Anzahl erreicht (ausgenommen die unspezifische Kategorie Andere psychische Störungen).

Hervorzuheben ist, daß sich für Angstzustände bei den zwanghaft strukturierten Frauen - wie bereits für Magendarmstörungen bei den depressiv strukturierten Männern - eine geradlinige Verbindung von frühkindlicher Symptomatik zu Leit- und Begleitsympto-

matik herstellen läßt.

SCHWIDDER (1951) machte darauf aufmerksam, daß bei Kindern mit Pavor nocturnus anstelle normal ausgeprägter aggressiver und motorischer Impulse eine abnorme Gefügigkeit und Folgsamkeit zu beobachten sei. DÜHRSEN (1967) erklärte darüber hinaus, daß phobische Reaktionen und Angstneurose im Vergleich zur Zwangsneurose, zu der ein fließender Übergang bestehe, dann zu erwarten seien, wenn Rigidität und Strenge im elterlichen Verhalten nicht durchgängig, sondern aufgelockert seien.

Obgleich allgemein, so auch von SCHWIDDER (1951), häufiger Jungen als Patienten mit Angstzuständen beschrieben werden, können die Gedanken SCHWIDDERs (1951) und DÜHRSENS (1967) doch auch ansatzweise zur Erklärung unseres abweichenden Resultats mit einem Überwiegen bei den Mädchen dienen: Gefügigkeit, absolute Anpassung, Fehlen von Aggressivität können in erster Linie als Erziehungsziele für Mädchen gelten, gleichzeitig werden Erziehungsstile gegenüber Mädchen von weniger Strenge und Härte getragen sein.

Neben diesen beschriebenen Geschlechts- und Persönlichkeitsunterschieden in einzelnen Primordialsymptomen müssen wir ein weiteres Ergebnis besonders herausstreichen: Hausfrauen litten, unabhängig von der Persönlichkeitsstruktur, eindeutig weniger unter frühkindlichen neurotischen Beeinträchtigungen als berufstätige Frauen.

Dieses Ergebnis ist entscheidend für eine unserer Hauptfragestellungen, die wir in der Erwerbstätigkeitshypothese formuliert hatten. Dort fragten wir nach Unterschieden zwischen Hausfrauen und erwerbstätigen Frauen, wobei uns vor allem interessierte, ob solche postulierten Differenzen mehr aus der aktuellen Lebens- und Arbeitssituation herrührten oder mehr von frühkindlichen Einflüssen getragen seien.

Wir können damit also nicht nur den zahlreichen Diskrepanzen zwischen Hausfrauen und berufstätigen Frauen eine neue hinzufügen, sondern erhalten zugleich den bedeutenden Hinweis, daß solche Diskrepanzen sich nicht erst im Erwachsenenalter durch die Art

der ausgeübten Tätigkeit herausformen; vielmehr scheint es, daß bereits in der frühen Kindheit differente Wege angelegt und eingeschlagen werden.

Aus der Position der berufstätigen Frauen zwischen Männern und Hausfrauen mutmaßen wir, daß die später berufstätigen Frauen früh mit ähnlichen Einwirkungen und Anforderungen konfrontiert sind wie Jungen und ähnliche Konflikte erleben. Doch welche Schlußfolgerung sich für die späteren Hausfrauen daraus ableiten läßt, daß sie als Kinder weniger Primordialsymptomatik zeigten, muß offen bleiben. Zur Diskussion steht einmal, daß die späteren Hausfrauen eine behütetere, konfliktfreiere Kindheit verbracht haben, die sie vor neurotisierenden Einflüssen bewahrt hat. Die andere Möglichkeit impliziert, daß sie lediglich ein weniger "lärmendes" Symptombild entwickelt haben, vielleicht sind sie überangepaßte, um besondere "Artigkeit" und Unauffälligkeit bemühte Mädchen gewesen, bei denen die Erziehungspersonen den Mangel an Initiative und selbständiger Entfaltung nicht nur nicht vermißt, sondern sogar erwünscht haben. Für diese Interpretation spricht auch die Untersuchung VANSELOWS (1971) an Tic-erkrankten Kindern; Kinder mit Gehemmnheitsstruktur entwickelten überwiegend eine psychische Symptomatik wie Minderwertigkeitsgefühle oder Ängste, Kinder mit Haltungsstruktur überwiegend eine organische Symptomatik und Verhaltensstörungen, also Symptome, die störender sind und sich mehr aufdrängen. Daraus ließe sich die Hypothese ableiten, daß Hausfrauen mehr Gehemmnheitsstrukturen, berufstätige Frauen dagegen mehr Haltungsstrukturen zeigen, eine Annahme, für die wir etwa in der Verteilung der Leitsymptomatik Anhaltspunkte fanden.

4.6 Familienstand

4.6.1 Vorliegende Ergebnisse

4.6.1.1 Familienstand und Charakterstruktur

In der Literaturübersicht von ERNST et al. (1968) zur Relation Familienstand - Neurose taucht der Gesichtspunkt Persönlichkeitsstruktur nur am Rande auf: So habe RÜDIN bei hospitalisierten Zwangsneurotikern und LJUNGBERG bei weiblichen Hysteriepatienten einen Ledigenüberschuß beobachten können.

Nach PFLANZ (1960) sind Schizophrenie, aber auch manisch-depressive Psychosen häufiger bei Ledigen, Geschiedenen oder Verwitweten anzutreffen. Für diese zitierten Untersuchungen gilt als Einschränkung, daß mit Hysterie, Zwangsneurose, Schizophrenie und Depression nicht in erster Linie Strukturdiagnosen gemeint waren, sondern Krankheiten - obgleich sicherlich weitgehende Übereinstimmung unterstellt werden kann.

Direkten Bezug können wir wieder zur Studie STUDDTs (1974) herstellen: Dort waren Patienten schizoider Struktur häufiger als anders strukturierte ledig - sie kamen allerdings in wesentlich jüngerem Alter zur Untersuchung; am häufigsten verheiratet waren dagegen zwanghaft strukturierte Patienten.

4.6.1.2 Familienstand und Geschlecht

BATTEGAY et al. (1972) fanden in einer Pilot-Studie über die Inanspruchnahme der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel bei männlichen und weiblichen Patienten lediglich in bezug auf den Familienstand "geschieden" eine Abweichung nach oben von der Normalbevölkerung, weibliche verwitwete Patienten waren dagegen seltener als in der Gesamtpopulation vertreten.

Eine erhöhte Scheidungsrate gaben ERNST et al. (1968) als eigenes Ergebnis für Neurotikerinnen an. Zusammenfassend erschienen den

Autoren die Befunde zum Verhältnis Familienstand-Geschlecht uneinheitlich; man könne höchstens zu dem Eindruck gelangen, "Abweichungen vom Durchschnittlichen vielleicht eher bei den Frauen als bei den Männern" vorkämen, bei Neurosen sicherlich weniger deutlich ausgeprägt als bei Psychosen.

STUDTs (1974) männliche und weibliche Patienten waren gleich häufig verheiratet, die wiederverheirateten Frauen miteingerechnet; bei ihm waren alle Geschiedenen und Wiederverheirateten Frauen.

4.6.1.3 Familienstand und weibliche Erwerbstätigkeit

Hier müssen wir uns begnügen mit Angaben des Statistischen Jahrbuchs 1972 für die BRD, wonach 60% der erwerbstätigen Frauen verheiratet sind, 30% ledig, 6% verwitwet und 5% geschieden.

4.6.2 Eigene Ergebnisse

Während depressiv strukturierte Patienten häufiger ledig sind (49% gegenüber 42% der zwanghaft strukturierten Patienten), bevorzugen zwanghaft strukturierte Patienten klar die Ehe: 55% gegenüber 44% der depressiv strukturierten Patienten sind verheiratet. Bei der Differenzierung nach Geschlecht verhalten sich zwanghaft strukturierte Männer und Frauen einheitlicher als depressiv strukturierte Männer und Frauen: 43% der zwanghaft strukturierten Männer und 41% der zwanghaft strukturierten Frauen sind ledig, aber 52% der depressiv strukturierten Frauen gegenüber nur 33% der depressiv strukturierten Männer; 56% beziehungsweise 53% der zwanghaft strukturierten Männer und Frauen sind verheiratet, aber 53% der depressiv strukturierten Männer vor 42% der depressiv strukturierten Frauen.

Die auffälligsten Diskrepanzen ergeben sich zwischen Hausfrauen und berufstätigen Frauen beider Persönlichkeitsstrukturen: Berufstätige Frauen sind zum überwiegenden Teil ledig, allerdings wesentlich häufiger die depressiv strukturierten mit 68% als die zwanghaft strukturierten mit 47%. Hausfrauen sind erwartungsgemäß meistens verheiratet: zwanghaft strukturierte zu 100%, depressiv strukturierte zu 93%. Bemerkenswert erscheint, daß nur 24% der berufstätigen depressiv strukturierten Frauen verheiratet sind, aber 41% der zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen. Erwartungsgemäß findet man unter den berufstätigen Frauen die höchste Rate geschiedener Patienten: zwanghaft strukturierte 12%, depressiv strukturierte 9%.

Tab.: 39: Familienstand, prozentuale Verteilung

	D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
ledig	49	42	33	52	43	41	-	68	-	47
verheiratet	44	55	53	42	56	53	93	24	100	41
verwitwet	1	-	-	1	-	-	3	-	-	-
geschieden	4	3	7	4	2	6	-	9	-	12
wiederverheiratet	2	-	7	1	-	-	3	-	-	-

4.6.3 Zusammenfassung und Diskussion

Wie schon in der Untersuchung STUDeTs (1974) hat die zwanghafte Strukturgruppe eine höhere Heiratshäufigkeit als die depressive Strukturgruppe. STUDeT (1974) verwies in diesem Zusammenhang darauf, daß die zwanghafte Persönlichkeitsstruktur wahrscheinlich eine besonders stabile Partnerbeziehung ermögliche. Das Streben nach Dauer und Sicherheit, die Neigung, alles beim Alten zu belassen als Bewältigungsform der für sie grundlegenden Angst vor Vergänglichkeit (im Sinne RIEMANNs 1975) könnten sicherlich begründen, warum sie so häufig die Ehe suchen und an ihr festhalten.

RIEMANN (1975) nennt neben gefühlsmäßiger Sicherung als spezielles Moment für die Eheschließung zwanghaft strukturierter Menschen auch ökonomische und materielle Gesichtspunkte.

Für die depressiv strukturierten Männer, die zwar ebenso häufig wie die zwanghaft strukturierten Männer und Frauen verheiratet sind, spielen dabei jedoch vermutlich andere Beweggründe eine Rolle: Eheschließung, um der "Individuation" auszuweichen, vielleicht im direkten Übergang vom Elternhaus, die Ehe getragen von Verlustangst (RIEMANN 1975). Allerdings ist diese Ehe bei weitem nicht so stabil wie bei zwanghaft strukturierten Patienten: Depressiv strukturierte Männer haben nach den berufstätigen Frauen die höchste Scheidungsrate. Geschieden neigen sie offenbar zur Wiederverheiratung, sie können nicht allein bleiben; sie haben die höchste Rate der Wiederverheirateten.

In deutlichem Gegensatz zu diesen Gruppen der depressiv strukturierten Männer und zwanghaft strukturierten Männer und Frauen verhalten sich depressiv strukturierte Frauen: Sie sind häufiger ledig als verheiratet. Hysterische Nebenstrukturanteile, die zu mangelnder Bindungsfähigkeit disponieren sollen, kommen als Erklärung dafür nicht in Frage; denn diese überwiegen bei zwanghaft strukturierten Frauen bei weitem, am häufigsten sind sie interessanterweise bei den zwanghaft strukturierten Hausfrauen anzutreffen, die zu 100% in erster Ehe verheiratet sind!

Möglicherweise spielt jedoch der Altersunterschied bei Anamneseerhebung eine bedeutende Rolle: Die depressiv strukturierten Frauen haben bei der Vorstellung in der Psychomatischen Klinik das jüngste Durchschnittsalter, der Altersabstand zwischen depressiv strukturierten Männern und Frauen ist beträchtlich höher als zwischen zwanghaft strukturierten (s. S. 38).

Extrempositionen beziehen wieder einmal Hausfrauen und berufstätige Frauen. Dieser Gegensatz ist weitgehend unabhängig von der Persönlichkeitsstruktur. Dabei kann sicher nicht überraschen, daß Hausfrauen zum größten Teil verheiratet sind, während berufstätige Frauen häufiger ledig sind.

Als Ursachen dafür sind zunächst Altersunterschiede zwischen beiden Gruppen zu erwägen; zwar sind die depressiv strukturierten berufstätigen Frauen mit 27 Jahren und die zwanghaft strukturierten mit 30 Jahren durchschnittlichem Alter bei Anamneseerhebung jünger als die entsprechenden Hausfrauen (s. S. 38), aber auch sie haben das übliche Heiratsalter bereits überschritten. Unterschiede in den Nebenstrukturanteilen, etwa dem hysterischen, können ebenfalls nicht als Erklärung dienen.

Möglicherweise sind berufstätige Frauen durch ihre Erwerbstätigkeit in der Lage, selbständig ihren Lebensunterhalt zu bestreiten und deshalb weniger auf die Ehe als "Versorgungsinstitution" angewiesen. Möglicherweise bietet der Beruf ihnen ausreichend Lebensinhalt, so daß sie auf Ehe und Familie verzichten können.

Möglicherweise sind, wie BOCK-ROSENTHAL et al. (1978) für sogenannte Karrierefrauen vermuten, erwerbstätige Frauen, die beruflichen Erfolg anstreben, derart vom Beruf absorbiert, daß Privatleben bei ihnen zu kurz kommen muß.

Vielleicht aber sind berufstätige, selbständigere Frauen für Männer auch weniger attraktiv?

Ein weiterer Aspekt unserer Ergebnisse verdient Aufmerksamkeit: Zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen sind fast doppelt so oft verheiratet wie depressiv strukturierte, die wiederum beträchtlich häufiger ledig sind.

Es ist wohl nicht von der Hand zu weisen, daß dabei auch der Altersabstand zwischen beiden Frauengruppen ins Gewicht fällt (s. S. 38); das könnte bedeuten, daß die depressiv strukturierten berufstätigen Frauen "noch" nicht verheiratet sind. Allerdings erscheint uns der nur dreijährige Altersabstand für ein solch imponierendes Ergebnis als einzige Erklärung unzureichend.

Wir neigen dazu, dem Aspekt des Persönlichkeitsunterschieds dabei die Hauptbedeutung beizumessen. Es ist anzunehmen, daß die depressive Persönlichkeit eine Frau eher dazu disponiert, im Dasein für Mann und Kind Erfüllung zu finden, im Leben für andere aufzugehen - die von PROSS (1976) bei Hausfrauen beobachtete depressive "Verzichtshaltung" könnte diesem Persönlichkeitstyp entsprechen. Das würde implizieren, daß depressiv strukturierte Frauen

zum überwiegenden Teil nach der Eheschließung die Berufstätigkeit aufgeben. Demgegenüber ist für zwanghaft strukturierte Frauen nicht nur das Fehlen einer solchen Verzichtshaltung, sondern auch eine größere Selbständigkeit und eine gewisse Leistungsorientierung zu unterstellen; dies könnte bei ihnen begründen, warum sie eher als depressiv strukturierte Frauen Berufstätigkeit und Ehe vereinbaren können.

Im übrigen bleiben berufstätige Frauen zwanghafter wie depressiver Persönlichkeit in ihrer Heiratsfreudigkeit weit unter den im Statistischen Jahrbuch 1972 für berufstätige Frauen der Gesamtpopulation vermerkten Werten.

4.7 Anzahl der Kinder

4.7.1 Vorliegende Ergebnisse

Nur spärlich finden wir Literaturangaben, die sich direkt zu unserer Fragestellung über den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstruktur, Geschlecht, Erwerbstätigkeit und Kinderzahl verwerthen lassen.

PFLANZ (1962) sah in erster Linie die Abhängigkeit der Kinderzahl von der Sozialschicht: Krankheiten der unteren Schicht seien auch Krankheiten der Kinderreichen.

Recht divergierende Daten stellt STUDDT (1974) aus zahlreichen ihm vorliegenden Untersuchungen zusammen: Psychisch Kranke hätten zu 55-90% Kinder, davon 28-41% ein Kind, 7-15% zwei Kinder, 7-17% drei und mehr Kinder; die Kinderzahl von Neurotikern sei damit im Vergleich zur Bevölkerung der BRD und auch Baden-Württembergs etwas geringer.

ERNST et al. (1968) referierten eine normale eheliche Geburtenzahl und eine erniedrigte uneheliche Geburtenzahl für psychisch Kranke.

4.7.1.1 Anzahl der Kinder und Charakterstruktur

In STUDDTs (1974) Untersuchung waren depressiv strukturierte Patienten häufiger als zwanghaft strukturierte Patienten kinderlos; zwanghaft Strukturierte hatten häufiger als depressiv Strukturierte zwei Kinder, depressiv Strukturierte dagegen häufiger als zwanghaft Strukturierte vier und mehr Kinder. Die durchschnittliche Kinderzahl war mit 2,4 für depressiv strukturierte Patienten am größten, zwanghaft strukturierte Patienten hatten eine durchschnittliche Kinderzahl von 1,9.

4.7.1.2 Anzahl der Kinder und Geschlecht

Während PFLANZ (1962) für Frauen keinen sicheren Zusammenhang zwischen Kinderzahl und Krankheiten feststellen konnte, fand er bei kinderreichen männlichen Patienten häufiger Ulcus duodeni, Gastritis, vegetative Magenbeschwerden, Emphysem, Silikose, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und starke vegetative Beschwerden. Hervorheben möchten wir, daß drei dieser acht Erkrankungen aus dem Magendarmtrakt stammen - man könnte die Vermutung wagen, daß ein Großteil dieser kinderreichen Männer eine depressive Persönlichkeitsstruktur hatte.

Bei STUDDT (1974) waren 43% der Männer und 41% der Frauen kinderlos; Frauen hatten häufiger ein Kind als Männer (27% und 13%), Männer häufiger zwei Kinder als Frauen (40% und 17%).

4.7.1.3 Anzahl der Kinder und weibliche Erwerbstätigkeit

Entsprechend den Angaben des Statistischen Jahrbuchs für die BRD 1972, wonach 73% der erwerbstätigen Frauen kein Kind unter 15 Jahren haben, können wir erwarten, daß erwerbstätige Frauen in der Mehrzahl kinderlos sein werden.

4.7.2 Eigene Ergebnisse

Depressiv strukturierte Patienten sind mit 59% häufiger kinderlos als zwanghaft strukturierte mit 49%. In der durchschnittlichen Kinderzahl unterscheiden sie sich mit 0,9 (D) und 1,0 (Z) nicht. Zwanghaft strukturierte Patienten haben mit 22% häufiger nur ein Kind als depressiv strukturierte (15%).

Bei der Aufteilung nach dem Geschlecht beobachtet man einen extremen Gegensatz zwischen depressiv strukturierten Männern und Frauen: Depressiv strukturierte Männer sind nur zu 33% kinderlos, depressiv strukturierte Frauen zu 65%. Die depressiv strukturierten Männer haben eine durchschnittliche Kinderzahl von 1,5, die signifikant über der der depressiv strukturierten Frauen von 0,7 liegt ($p < 0,050$). Depressiv strukturierte Männer haben deutlich häufiger Familien mit einem Kind, mit zwei, drei und vier Kindern.

Zwanghaft strukturierte Männer unterscheiden sich mit 46% Kinderlosigkeit nicht derart gravierend von den Frauen ihrer Strukturgruppe, die zu 56% kinderlos sind. Auch die zwanghaft strukturierten Männer haben mit 1,1 durchschnittlicher Kinderzahl signifikant mehr Kinder als zwanghaft strukturierte Frauen (0,7) ($p < 0,030$). Dabei überwiegt bei den Frauen die Familie mit einem Kind (28%) gegenüber nur 19% bei den Männern, höhere Kinderzahlen sind bei den Männern häufiger vertreten als bei den Frauen.

Erwartungsgemäß sind berufstätige Frauen in der Mehrzahl kinderlos: 88% der depressiv strukturierten, 65% der zwanghaft strukturierten. Zu 10% sind depressiv strukturierte, zu 11% zwanghaft strukturierte Hausfrauen kinderlos.

Auch die durchschnittliche Kinderzahl ist jeweils signifikant verschieden zwischen den berufstätigen und Hausfrauen einer Persönlichkeitsstruktur: depressiv strukturierte berufstätige Frauen 0,2 und Hausfrauen 1,9 (höchste durchschnittliche Kinderzahl insgesamt; $p < 0,000$); zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen 0,4 und Hausfrauen 1,6 ($p < 0,000$).

Mit 44% haben die zwanghaft strukturierten Hausfrauen überwiegend ein Kind vor 32% der depressiv strukturierten Hausfrauen, 29%

der zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen, aber nur 9% der depressiv strukturierten berufstätigen Frauen.

Mit 35% haben die depressiv strukturierten Hausfrauen am häufigsten zwei Kinder, vor den zwanghaft strukturierten Hausfrauen (22%) und den zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen (6%).

Tab. 40: Kinderzahl; prozentuale Verteilung

	D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
kinderlos	59	49	33	65	46	56	10	88	11	65
1 Kind	15	22	20	14	19	28	32	9	44	29
2 Kinder	13	15	20	12	18	9	35	-	22	6
3 Kinder	8	10	20	6	12	6	17	-	22	-
4 Kinder	3	3	7	2	4	-	3	3	-	-
5 Kinder	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-
8 Kinder	1	-	-	1	-	-	3	-	-	-

4.7.3 Zusammenfassung und Diskussion

Interessieren nur die Hauptgruppen der Patienten depressiver und zwanghafter Persönlichkeitsstruktur, können wir STUDe (1974) Ergebnis bestätigen, wonach depressiv strukturierte Patienten häufiger als zwanghaft strukturierte kinderlos sind. Gleichzeitig stimmt die durchschnittliche Kinderzahl beider Gruppen fast überein. Aus beiden Resultaten läßt sich ablesen, was bei STUDe (1974) noch deutlicher hervortrat, daß depressiv strukturierte Patienten, wenn sie erst einmal Kinder haben, zum Kinderreichtum neigen.

Eine bedeutsame Modifikation erfahren diese beiden Ergebnisse jedoch wieder bei Berücksichtigung der Variablen Geschlecht. Man erkennt nämlich, daß Frauen depressiver und zwanghafter Persönlichkeitsstruktur häufiger kinderlos sind als Männer: Dies wird wohl durch das im Durchschnitt jüngere Anamnesealter (s. S. 38) und vor allem durch die Gruppen berufstätiger Frauen mitbe-

dingt sein; denn berufstätige Frauen sind es in erster Linie, die kinderlos sind.

Über die Erwartung hinaus, daß Hausfrauen verheiratet seien und Kinder hätten, berufstätige Frauen in der Mehrzahl ledig und kinderlos seien, geht die Kluft, die sich zwischen depressiv strukturierten Hausfrauen und berufstätigen Frauen auftut. Diese Kluft ist nicht nur größer als die, die sich zwischen zwanghaft strukturierten Hausfrauen und berufstätigen Frauen findet, sondern sie setzt die Gruppe der depressiv strukturierten berufstätigen Frauen auch in deutlichen Gegensatz zu den depressiv strukturierten Männern. Ähnliche Divergenzen erhielten wir zuletzt bei der Untersuchung des Familienstands. Möglicherweise ergeben sich aus der Zusammensicht dieser Diskrepanzen Anhaltspunkte für zugrundeliegende Faktoren. Denn eine depressiv Strukturierten zugeschriebene starke Tendenz zur Objektbindung als Erklärung für hohe Kinderzahl, so von STUDDT (1974), läßt unbeantwortet, warum diese bei berufstätigen depressiv strukturierten Frauen nicht wirksam sein sollte, warum depressiv strukturierte berufstätige Frauen am häufigsten ledig und kinderlos bleiben.

Wir diskutierten bereits bei der Variablen Familienstand, die ja in Verbindung zu der Variablen Kinderzahl betrachtet werden muß, daß zwanghaft strukturierte Frauen, die berufstätig sind, es offenbar besser als depressiv strukturierte verstehen, Ehe und Beruf zu vereinbaren. Wir können jetzt ergänzen : Ehe, Beruf und Kinder.

Gleichzeitig sahen wir bei depressiv strukturierten Frauen die Tendenz, mit der Eheschließung den Beruf aufzugeben und sich ausschließlich dem Familienleben zu widmen. Neben dieser depressiv strukturierten Nur-Hausfrau trat auch dort bereits die Nur-Erwerbstätige in Erscheinung.

Bedeutet dies, daß depressiv strukturierte Frauen Schwierigkeiten haben, ihre Einsatzkraft auf mehrere Bereiche zu verteilen, so daß sie sich der jeweiligen Aufgabe nur ganz ausschließlich widmen können: entweder als Nur-Hausfrau der Familie oder als Nur-Erwerbstätige dem Beruf?

Oder kann man vermuten, daß bei depressiv strukturierten Frauen etwas anderes Bindendes existiert, das Ehe und Kinder für sie überflüssig macht?

4.8 Aktuelle Familienverhältnisse

Bei der Literaturdiskussion dieser Variablen, für die STUdT (1974) anmerkte, daß nur wenige und kaum vergleichbare Daten vorlägen, beziehen wir uns ausschließlich auf die Ergebnisse STUdT's (1974).

4.8.1 Vorliegende Ergebnisse

4.8.1.1 Aktuelle Familienverhältnisse und Charakterstruktur

Während die überwiegende Anzahl sowohl depressiv (42%) als auch zwanghaft strukturierter (46%) Patienten "mit Partner und Kind" lebten, trat zwischen beiden Gruppen in der Kategorie "allein lebend" ein hochsignifikanter Unterschied auf: Depressiv strukturierte Patienten lebten zu 30%, zwanghaft strukturierte nur zu 2% allein (STUdT 1974).

4.8.1.2 Aktuelle Familienverhältnisse und Geschlecht

"Mit Partner und Kind" lebten Männer und Frauen zu gleichen Teilen (42%, 44%). Die Frauen lebten etwas häufiger "allein", "mit Eltern Partner und Kind" oder "allein mit Kind", die Männer etwas häufiger "allein mit den Eltern" (STUdT 1974).

4.8.1.3 Aktuelle Familienverhältnisse und weibliche Erwerbstätigkeit

Entsprechend den Erwartungen für Familienstand und Kinderzahl können wir annehmen, daß erwerbstätige Frauen häufiger als Hausfrauen "allein", "allein mit Eltern", "allein mit Partner" und "mit Eltern und Kind" leben.

4.8.2 Eigene Ergebnisse

Im Vergleich der Gesamtgruppen depressiv und zwanghaft strukturierter Patienten fällt die größte Diskrepanz auf die Wohnsituation "mit Partner und Kind": 29% (D), 44% (Z). Nur geringfügig häufiger als zwanghaft Strukturierte leben depressiv Strukturierte "allein", "allein mit Partner", "mit Eltern, Partner und Kind".

Innerhalb der depressiv strukturierten Patienten treten zwischen Männern und Frauen folgende gewichtigen Unterschiede auf: Depressiv strukturierte Männer leben am häufigsten und weitaus häufiger als depressiv strukturierte Frauen "mit Partner und Kind" (DM 47%, DF 26%), sie leben relativ häufig "mit Eltern, Partner und Kind" (DM 13%, DF 2%), sie leben seltener als depressiv strukturierte Frauen "allein mit den Eltern" (DM 13%, DF 25%), sie leben in keinem Fall "allein mit Partner" (DM 0%, DF 17%).

Ähnlich verhält es sich bei den Gruppen zwanghaft strukturierter Männer und Frauen: Auch hier wohnen die Männer am häufigsten und häufiger als die Frauen "mit Partner und Kind" (ZM 49%, ZF 34%), seltener als die Frauen "allein mit Partner" (ZM 6%, ZF 19%); anders als bei depressiv Strukturierten leben zwanghaft strukturierte Männer zu 24% "allein mit den Eltern" gegenüber 19% der zwanghaft strukturierten Frauen.

In eine vergleichbare Richtung weisen die Unterschiede zwischen Hausfrauen und berufstätigen Frauen beider Persönlichkeitsstrukturen: Hausfrauen beider Strukturen leben nie "allein", berufstätige Frauen dagegen zu 36% (D) und 24% (Z); berufstätige Frauen leben

häufiger "allein mit Partner" (DFH 14%, DFB 24%; ZFH 11%, ZFB 24%). Der überwiegende Teil der Hausfrauen lebt "mit Partner und Kind" (DFH 76%, ZFH 89%); depressiv strukturierte berufstätige Frauen leben in keinem Fall "mit Partner und Kind", zwanghaft strukturierte immerhin zu 18%.

Auffallend ist der relativ hohe Anteil berufstätiger Frauen, die "allein mit Eltern" leben (DFB 30%, ZFB 24%).

Tab. 41: Aktuelle Familienverhältnisse; prozentuale Verteilung

	D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
allein lebend	23	19	27	23	18	22	-	36	-	24
allein mit Partner	14	10	-	17	6	19	14	24	11	24
m. Partn. u. Kind	29	44	47	26	49	34	76	-	89	18
allein mit Kind	4	2	-	5	-	6	7	6	-	12
allein mit Eltern	23	22	13	25	24	19	-	30	-	24
m. Eltern, Partner u. Kind	4	1	13	2	2	-	3	3	-	-
mit Eltern und Kind	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
m. Eltern und Partner	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-
Heim	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-

4.8.3 Zusammenfassung und Diskussion

STUDT (1974) hatte von der Variable Aktuelle Familienverhältnisse über die Summe der Variablen Kinderzahl und Familienstand hinausgehende Informationen erwartet; seine Vermutung, daß die Aktuellen Familienverhältnisse deutlicher als die beiden anderen Variablen die Bindungs- und Kontaktfähigkeit und damit auch die Charakterstruktur anzeigten, konnte er allerdings nur teilweise bestätigen.

Auch wir wollen die genannten Variablen unter diesem Gesichtspunkt

im Zusammenhang betrachten, zumal wir uns für ihre Interpretation weiteren Aufschluß erhoffen.

Wie schon so oft zeigte es sich auch bei der Variable Aktuelle Familienverhältnisse, daß die Differenzierung der Einflüsse nach Geschlecht und Erwerbstätigkeit neue Verständnismöglichkeiten eröffnet.

Die depressiv strukturierten Männer, am seltensten ledig, am seltensten kinderlos, leben demnach scheinbar in der Mehrzahl "mit Partner und Kind". Darüber hinaus erfahren wir, daß sie in klarem Abstand zu den anderen Gruppen des Familienverhältnisses "mit Eltern, Partner und Kind" bevorzugen. Die besonders enge Beziehung zur Familie wird so unterstrichen, die mangelnde Loslösung vom Elternhaus kommt als zusätzlicher Aspekt ins Spiel.

Abgesehen von den berufstätigen Frauen haben die depressiv strukturierten Männer überraschenderweise gleichzeitig einen hohen Anteil Alleinlebender und den insgesamt niedrigsten Anteil derer, die "allein mit Eltern" wohnen. In Parallele dazu fand auch STODT (1974) bei Alleinlebenden signifikant häufig depressive Persönlichkeitsstrukturen, dort wurde mit der für Alleinlebende postulierten schwereren Neurose erklärt, daß diese Patienten entgegen der Erwartung ihre Tendenz zur Partnerbindung nicht verwirklichen können. Vielleicht sind die beiden für depressiv strukturierte Männer gefundenen Extrempositionen aber auch Ausdruck eines gemeinsamen zugrundeliegenden Problems, das sich um die Pole Abhängigkeit-Unabhängigkeit kristallisiert? Die Mehrzahl lebt in "Abhängigkeit", ein anderer, beträchtlicher Teil versucht, sie in "Unabhängigkeit", vielleicht sogar "Pseudounabhängigkeit" zu überwinden?

Die depressiv strukturierten Frauen, am häufigsten ledig, am häufigsten kinderlos, leben zu einem wesentlich geringeren Anteil als die anderen Gruppen "mit Partner und Kind". Wir hatten bereits bei der Diskussion der Variablen Kinderzahl und Familienstand Schwierigkeiten, die Sonderstellung depressiv strukturierter Frauen mit Alter und Berufstätigkeit allein zu erklären - jetzt

könnte durch diese neue Einzelheit Licht auf zugrundeliegende Momente fallen: Ist bei diesen Frauen die Bindung ans Elternhaus so dominierend, daß sie Beziehungen zu anderen Partnern verhindert, daß sie es vorziehen, selbst Kinder zu bleiben?

Bei den depressiv strukturierten berufstätigen Frauen treten diese Tendenzen noch verstärkt hervor: Häufiger als zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen und alle anderen Gruppen leben depressiv strukturierte berufstätige Frauen "allein" - die bei ihnen vorherrschende Lebenssituation - und "allein mit den Eltern".

Zusätzlich erfahren wir, daß keine einzige berufstätige depressiv strukturierte Frau die Lebenssituation "mit Partner und Kind" gewählt hat: Entweder leben sie nur mit Partner oder nur mit Kind!

Akzentuiert wird hier also, was schon mehrmals vermutet wurde, daß depressiv strukturierte Frauen Familie und Beruf nicht vereinbaren können - dies unterscheidet sie auch in dieser Variablen am deutlichsten von den zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen -, sondern daß sie, wenn sie erst einmal Kinder haben, sofort den Beruf aufgeben, um nur noch als Hausfrau und Mutter in relativer Abhängigkeit zu leben.

Wir müssen annehmen, daß auch diese diametral entgegengesetzten Ergebnisse sich als Bewältigungsstrategien des Konflikts Abhängigkeit-Unabhängigkeit verstehen lassen: Einerseits sind berufstätige depressiv strukturierte Frauen häufiger als andere Gruppen noch ans Elternhaus gebunden, selbst noch Töchter, andererseits streben sie häufiger als andere Gruppen Selbständigkeit und absolutes Alleinsein an.

Für die zwanghaft strukturierten Männer können wir die Neigung zur Familienbildung bestätigen: am häufigsten verheiratet, am häufigsten mit Partner und Kind lebend. Auch sie wohnen in beachtlich hoher Zahl noch bei den Eltern, am seltensten im Gruppenvergleich allein. Wir vermuten, daß zwanghaft strukturierte Männer

dabei vom Wunsch danach, in "geordneten" Verhältnissen zu leben, geleitet werden, weitere bestimmende Faktoren mögen ökonomische Gesichtspunkte wie Versorgung und Geldersparnis sein. Im Vergleich zu den depressiv strukturierten Männern wird hier noch einmal deutlich, daß diese Elternschaft anstreben, während bei zwanghaft strukturierten Männern auch kinderlose Ehen zu finden sind.

Insgesamt gelingt es damit, anhand der Variable "Aktuelle Familienverhältnisse" eine Reihe neuer, wertvoller Aspekte zum Verständnis der einzelnen Persönlichkeitsstrukturen zu eröffnen, die auch für die Gesamtinterpretation von weitreichender Bedeutung sein dürften.

4.9 Schulbildung

4.9.1 Vorliegende Ergebnisse

Über das Bildungsniveau psychisch Kranker liegen sehr unterschiedliche Daten vor. Durchgehend ist jedoch die Tendenz, daß der Anteil der Patienten mit Psychoneurosen sowie die Anzahl der Patienten, die eine Psychoanalyse machen, mit dem Grad der Schulbildung zunimmt (de BOOR und KÜNZLER 1963).

So beschrieben ADAMSON und SCHMALE (1966) 50 Patienten, von denen 23 die höhere Schule abgeschlossen hatten, 10 ein bis drei Jahre das College besucht, 5 das College abgeschlossen hatten. GÖLLNER und SALVINI (1971) gaben für die Hälfte eines Kollektivs von 145 Kranken einen Volksschulabschluß an, für 47 Mittlere Reife und für 28 Abitur.

4.9.1.1 Schulbildung und Charakterstruktur

Allgemein besuchten Patienten mit depressiver, hysterischer und Mischstruktur länger die Schule als zwanghaft strukturierte Pati-

enten (STUDT 1974). In STUDTs Untersuchung wiesen letztere am häufigsten einen Volksschulabschluß auf, mit signifikantem Unterschied zu den Mischstrukturen. Patienten mit einer Mischstruktur hatten signifikant häufiger als depressiv oder zwangsneurotisch Strukturierte eine Oberschulbildung. Ein abgeschlossenes Hochschulstudium war lediglich bei depressiv und hysterisch Strukturierten zu finden.

Auch SCHÖNEBERG und HAU (1981) beschrieben für die Gruppe depressiv strukturierter Patienten, untersucht über einen Zeitraum von 14 Jahren, den höchsten Ausbildungsstand. Bei STUDT (1974) fanden wir einen nicht abgeschlossenen Schul- und Hochschulbesuch öfter bei Patienten mit hysterischer oder Mischstruktur. Dieses Ergebnis stimmt mit Untersuchungen von GUZE et al. (1971) überein, nach denen Patienten mit einer Hysterie oder "antisozialer" Persönlichkeit weniger wahrscheinlich 1 Jahr das College besuchten als andere psychisch Kranke.

4.9.1.2 Schulbildung und Geschlecht

In den Jahren 1968 bis 1972 waren Frauen bei Hochschul- und Fachschulabgängen zu etwa 39% vertreten, bei Volksschulabgängen zu 48%, bei Realschulabschlüssen zu 51%. Diese Daten beziehen sich auf die Normalbevölkerung (Statistisches Bundesamt 1972).

De BOOR und KÜNZLER (1963) gaben eine ähnliche Verteilung an für Patienten einer Psychosomatischen Klinik: Beide Geschlechter wiesen zu 50% einen Volksschulabschluß vor, Frauen häufiger Mittelschul-Reife, Männer absolvierten öfter die Hochschule.

FAHRENBURG (1969) nannte bei einer repräsentativen bundesdeutschen Stichprobe folgende Zahlen für Frauen: 80% hatten Volksschulabschluß, 15% Mittlere Reife, 4% Abitur.

Von STUDTs (1974) Patienten zeigten Frauen tendenziell eine höhere Schulbildung als Männer. Nur Frauen besuchten mit und ohne

Abschluß die Universität, sie besuchten so häufig wie Männer die Oberschule, brachen allerdings öfter vor dem Abitur ab; sie besuchten häufiger als Männer die Mittelschule.

4.9.2 Eigene Ergebnisse

Unsere zwangsneurotisch strukturierten Patienten konzentrieren sich auf zwei Bildungsbereiche: 61% weisen einen Volksschulabschluß auf, 10% ein abgeschlossenes Hochschulstudium. Die Verteilung der depressiv Strukturierten auf Bildungseinrichtungen ist homogener. Auch hier finden wir den größten Anteil bei Volksschulabgängern (46%), unter Absolventen der Mittel- und Oberschulen sind sie mit 13% und 8% stärker als die zwangsneurotisch Strukturierten vertreten, mit 8% Hochschulabsolventen liegen sie hinter diesen. Depressiv strukturierte Frauen haben mit 42% einen Volksschulabschluß, womit sie deutlich unter dem Ergebnis der Männer mit gleicher Struktur (53%) liegen. Ihre bessere Ausbildung wird auch an den Zahlen für höhere Bildungseinrichtungen deutlich. Sie besuchten häufiger Mittel- und Oberschule.

Ähnlich wie bei den depressiv Strukturierten haben auch bei den zwangsneurotisch Strukturierten mehr Männer als Frauen lediglich einen Volksschulabschluß (65% : 53%), Frauen haben deutlich mehr Oberschul- und Hochschulabschlüsse. Beim Vergleich der Frauen beider Strukturgruppen zeigt sich, daß mehr depressiv Strukturierte insgesamt länger zur Schule gehen, allerdings die zwanghaft strukturierten Patientinnen bei den Hochschulabgängern deutlich häufiger vertreten sind.

Interessante Unterschiede ergeben sich jeweils zwischen Hausfrauen und berufstätigen Frauen: Von den zwangsneurotisch strukturierten Hausfrauen hat der hohe Anteil von 11% keinen Volksschulabschluß, 22% haben die Oberschule abgebrochen, das ist der höchste Anteil dieser Sparte. Mit 11% Hochschulabsolventen liegen sie jedoch auch über dem Durchschnitt. Berufstätige Frauen mit zwangsneuroti-

scher Struktur weisen jeweils Höchstwerte auf: 71% haben die Volksschule abgeschlossen, 12% die Oberschule, 18% absolvierten ein Studium.

Bei den depressiv strukturierten Frauen machten deutlich mehr Berufstätige die Mittlere Reife. Mehr Hausfrauen als Berufstätige besuchten die Oberschule, mit 18% weisen die berufstätigen Frauen jedoch weit mehr Hochschulabsolventen auf.

Die meisten Schulabbrecher (über alle Kategorien hinweg) finden wir bei den depressiv Strukturierten: Hier dominieren die Männer mit 20% Volksschulabbrüchen.

Innerhalb der Gruppe der depressiv strukturierten Frauen weisen die Hausfrauen die höheren Abbruchraten auf. Ganz eklatant ist der Unterschied bei den zwangsneurotisch strukturierten Patientinnen: 33% der Hausfrauen, keine der Berufstätigen brachen eine Schulbildung ab.

Tab. 42: Schulbildung; prozentuale Verteilung

	D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
VS na	3	2	20	-	2	3	-	-	11	-
VS	46	61	53	42	65	53	59	44	56	71
MS na	3	2	-	4	3	-	3	3	-	-
MS	13	8	7	13	9	6	10	21	-	-
OS na	12	6	7	12	4	9	3	3	22	-
OS	8	4	-	9	2	9	10	9	-	12
HS na	7	7	7	7	7	6	7	-	-	-
HS	8	10	7	8	9	13	3	18	11	18

4.9.3 Zusammenfassung und Diskussion

Beim Vergleich beider Strukturgruppen zeigt sich, daß mehr depressiv als zwangsneurotisch strukturierte Patienten weiterführende Schulen besuchten, wobei diese Verteilung vor allem durch die depressiv strukturierten Frauen getragen wird. Dies entspricht den Angaben in der Literatur.

Ein Grund für diese unterschiedlich langen Schulzeiten könnte zum einen die intensive Objektbeziehung der depressiv Strukturierten, vermittelt über Elternhaus, Familie und Schule sein, zum anderen auch ein mangelndes Loslaßvermögen ihrer Eltern, die, um ihre Kinder länger in ihrer Nähe und Abhängigkeit zu haben, einen längeren Schulbesuch unterstützen; und gerade für Mädchen dürfte die Lösungsproblematik am ausgeprägtesten sein.

Wesentlich größer bei Patienten mit depressiver als mit zwangsneurotischer Struktur ist die Zahl der Schulabbrecher. Einerseits kann diese Verteilung dadurch zustandekommen, daß überhaupt mehr depressiv Strukturierte weiterführende Schulen besuchen; sie könnte jedoch auch ein Hinweis für die Schwierigkeiten dieser Kranken sein, in Vergleichs- und Leistungssituationen wie zum Beispiel der Schule zu bestehen und zu kämpfen. Ein größeres Durchhaltevermögen zeigen hingegen die zwanghaft strukturierten Patienten, die seltener Ausbildungsgänge abbrechen und mehr Hochschulabsolventen aufweisen.

Verglichen mit den Männern haben die Frauen ein durchweg höheres Bildungsniveau und zwar unabhängig von der Struktur. Dieses Ergebnis steht in starkem Widerspruch zur Durchschnittsbevölkerung. An dieser Stelle sollte die Patientenselektion der Ärzte berücksichtigt werden: BRÄHLER et al. (1977) konnten nachweisen, daß die Bereitschaft, psychosomatische Zusammenhänge für sich zu erkennen, bei Patienten mit höherem Bildungsniveau wesentlich ausgeprägter ist und auch offensiver an den behandelnden Arzt herangetragen wird. Diese Tatsache, verbunden mit der allgemein verbreiteten Neigung der Ärzte, Frauen eher psychische und psychisch bedingte Krankheiten zuzugestehen, könnte den höheren

Bildungsgrad unseres weiblichen Patientenkollektivs erklären.

Innerhalb der Gruppe der Frauen mit depressiver Struktur weisen die Berufstätigen einen höheren Ausbildungsstand auf als die Hausfrauen, deutlich sichtbar an den Ergebnissen für Mittelschul- und vor allem Hochschulabschlüsse. Auffällig bei den Hausfrauen ist jedoch, daß insgesamt mehr als bei den Berufstätigen die Oberschule besuchten, dann jedoch ein hoher Prozentsatz die Universität ohne Studienabschluß vorzeitig abbrach. Die Abbruchrate für alle Schulen der depressiv strukturierten Hausfrauen ist mehr als doppelt so hoch wie die der berufstätigen Frauen. Leider reichen unsere Daten nicht aus zur Beantwortung der Frage, ob Bildung und Ausbildung für diese Mädchen nur von untergeordneter Bedeutung waren. Eventuell war eine Heirat oder Schwangerschaft ein willkommener Grund zum Schul- beziehungsweise Ausbildungsabbruch. Vielleicht auch drängten diese Frauen aufgrund des Scheiterns in der Schule oder Universität zu Haushalt und Kinderbetreuung, um so Konkurrenz- und Leistungssituationen zu umgehen, auf die sie in ihrer Kindheit wenig vorbereitet worden waren.

Die höchste Schulabbruchrate finden wir bei den zwangsneurotisch strukturierten Hausfrauen. Bedenken wir, daß mehr als die Hälfte dieser Gruppe eine hysterische Nebenstruktur hat, so kann hier die Deutung von GUZE et al. (1971) zutreffen, der hysterisch strukturierten Patienten am wenigsten Durchhaltevermögen zuspricht.

Verglichen mit den anderen Untergruppen sind die zwangsneurotisch strukturierten berufstätigen Frauen die erfolgreichsten: Wir finden keine Schulabbrecher, jedoch die höchste Anzahl von Abiturientinnen und (gleich wie bei den depressiv strukturierten Berufstätigen) Akademikerinnen. Allerdings finden wir hier auch die höchste Zahl überhaupt von reinen Volksschulabschlüssen. Hier kann ein Hinzuziehen der Variablen Beruf Aufschluß geben, ob eine weitere Qualifikation über eine Berufsausbildung erfolgte und die Frauen einen möglichen Wunsch weiterzukommen auf diesem Weg verwirklichten.

Hervorheben müssen wir, daß die berufstätigen Frauen beider Strukturen die wenigsten Schulabbrecher haben. Vielleicht ist dies ein Zeichen dafür, daß, wenn Frauen einmal erfolgreich alle Schulen durchlaufen haben, sie auch die Erfahrung und den Willen haben, sich beruflich einer leistungsorientierten Umgebung zu stellen und sich nicht auf isolierte Haushaltstätigkeiten zu beschränken.

Im Widerspruch zur Durchschnittsbevölkerung, in der die Männer die qualifizierteren sind, stehen unsere Ergebnisse der depressiv strukturierten Männer, die die schlechteste Ausbildung aller Vergleichsgruppen aufweisen. Am gravierendsten ist die hohe Rate der Volksschulabbrüche, was besonders für Männer extrem schlechte Aufstiegsschancen nach sich zieht. Hier zeigen sich die Männer mit depressiver Persönlichkeit also auffallend "unmännlich" und als Versager, was gesellschaftliche Anforderungen und Erwartungen betrifft. Auch wenn wir aufgrund des kleinen Kollektivs der depressiv strukturierten Männer unsere Zahlen mit großer Vorsicht interpretieren müssen, so liegt doch die Frage nahe, ob Männer mit ausgeprägten depressiven Charakterzügen, behütet und verwöhnt in frühen Kindheitsjahren, wenig für männlich orientierte Erfolgs- und Konkurrenzsituationen gewappnet sind und deshalb schon früh scheitern und aufgeben müssen.

Zwar sind die zwangsneurotisch strukturierten Männer bezüglich der Schulbildung erfolgreicher als die depressiv strukturierten Männer, sie liegen jedoch auch, teilweise sehr klar, unter dem Bildungsniveau der Frauen ihrer Strukturgruppe. Konnten wir das hohe Bildungsniveau unserer Frauen teilweise mit ärztlichen Selektionsmechanismen in Verbindung bringen, so reicht diese Erklärung nicht mehr aus, um den schlechten Bildungsstand der Männer zu erklären. Vielleicht trifft es jedoch zu, daß Männer mit schlechter Schulbildung so geringe Chancen und große gesellschaftliche Probleme durch ihre Unangepaßtheit an allgemeingültige Normen haben, daß sie psychisch kränker und auffälliger werden.

4.10 Beruf

4.10.1 Vorliegende Ergebnisse

Epidemiologische Forschungen konnten aufzeigen, daß Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten wesentlich von sozialen Bedingungen abhängig sind: Daß Morbidität und Mortalität in unteren Sozialschichten höher als in oberen und die Lebenserwartung entsprechend kürzer ist (ABHOLZ 1974). Trifft eine solche Verteilung für somatische Krankheiten zu, so gilt seit Untersuchungen von FREEDHAM und HOLLINGSHEAD (1956/57) und HOLLINGSHEAD und REDLICH (1958) als gesichert, daß psychoneurotische Symptome mehr in oberen, organoneurotische mehr in unteren Sozialschichten zu finden sind. BECKMANN et al. (1977) hingegen konnten keine generelle schichtabhängige Somatisierungstendenz feststellen. Nach ihnen ist lediglich das Gesundheitsverhalten und die Bereitschaft, Krankheit in psychische Zusammenhänge zu setzen, schichtabhängig. Dazu wiesen BRÄHLER et al. (1977) nach, daß eine junge Frau mit hohem Bildungsniveau siebenmal so wahrscheinlich in eine Psychosomatische Klinik überwiesen wird wie eine alte Frau mit niedrigem Bildungsniveau. Die so bedingte Patientenselektion führt zu Verzerrungen der Aussagen über Schicht- und Berufszugehörigkeit psychosomatisch Kranker.

Für empirische Untersuchungen wird häufig der Versuch unternommen, durch Beschreibungen der Berufe oder der Schulbildung präzise Angaben über Schichtzugehörigkeit zu treffen. Hier zeigt sich dann als Problem, daß die Berufe unterschiedlich kategorisiert werden (cf. ARNDS et al. 1966, CREMERIUS et al. 1954).

Bei der Bestimmung der Berufszugehörigkeit kommt erschwerend hinzu, daß oft der jeweilige Anteil von Männern und Frauen unklar bleibt.

Die Kategorie Hausfrau wird unterschiedlich gebraucht: teils als Beruf, teils als berufslos wie Rentner, Schüler oder Student.

Meist weisen die Statistiken Neurosekranker einen auffallend hohen Anteil von Angestellten auf, auch Arbeiter, Studenten und

Schüler. Beamte und Selbständige bleiben unter ihrem Durchschnittsanteil in der Bevölkerung (ARNDT et al. 1967). Andere Untersuchungen sprechen von einem überwiegenden Teil von Patienten "ohne Beruf" wie Hausfrauen, Studenten, Schüler, Lehrlinge, während die anderen Kategorien je nach Einzugsbereich, Jahr und Land unterschiedlich sind (KÜNZLER 1964/65).

4.10.1.1 Beruf und Charakterstruktur

STUDTs (1974) Patienten mit zwangsneurotischer Struktur wiesen signifikant häufiger einen Beruf als Selbständiger, Höherer Beamter oder Höherer Angestellter auf als die der anderen Strukturen. Auch Facharbeiter waren überwiegend zwangsneurotisch strukturiert. Hausfrauen, Schüler und Studenten hatten vor allem depressive oder hysterische Strukturen.

Patienten mit schizoider oder Mischstruktur waren je zur Hälfte Angestellte.

Allgemein waren Angestellte am häufigsten vertreten.

4.10.1.2 Beruf und Geschlecht

Die Berufsverteilung zwischen Männern und Frauen, in der Psychosomatischen Station Umkirch über mehrere Jahre untersucht (ARNDT et al. 1967), zeigt folgende Verteilung: Frauen waren hauptsächlich als Angestellte und Hausfrauen tätig, Männer häufiger als Beamte, Arbeiter, Schüler und Studenten. Diese Verteilung entsprach in etwa der Durchschnittsbevölkerung.

Bei STUDTs (1974) Patienten waren Männer bei Arbeitern, Facharbeitern, Selbständigen, Höheren Beamten und Höheren Angestellten signifikant häufiger vertreten, sämtliche Schüler und Studenten waren weiblich.

Frauen waren bei STUDDT (1974) lediglich als Hausfrauen (53%), Angestellte (33%), Beamte (1%) und Berufslose (4%) zu finden.

Bei DAUDERT (1982), der ein Kollektiv gynäkologischer Patientinnen beschrieb, überwogen Beamtinnen und Angestellte, Arbeiterinnen waren deutlich unterrepräsentiert.

4.10.2 Eigene Ergebnisse

Beide Strukturgruppen setzen sich vor allem aus Angestellten/Beamten zusammen. Durchweg ist bei den zwanghaft Strukturierten eine höhere Berufsqualifikation zu erkennen: Wir finden bei ihnen mehr Höhere Beamte (9% : 2%), mehr Beamte und Angestellte (38% : 32%), mehr Facharbeiter (12% : 4%). Depressiv Strukturierte bieten hingegen mehr Hausfrauen sowie Schüler und Studenten.

Die meisten zwangsneurotisch strukturierten Männer (37%) und Frauen (41%) sowie die depressiv strukturierten Männer (40%) sind Angestellte und Beamte, die depressiv strukturierten Frauen sind vor allem Hausfrauen (34%). Im Gegensatz zu depressiv strukturierten Männern, die in der Gruppe der Höheren Beamten/Angestellten nicht vertreten sind, finden wir doch 2% depressiv strukturierte Frauen in diesen Berufen. Männer mit depressiver Struktur fallen mit 20% Selbständigen und 20% Arbeitern auf, sie repräsentieren diese beiden Berufe am meisten. Mit einem Angestellten/Beamten-Anteil von 41% bieten die zwangsneurotisch strukturierten Frauen die meisten Angehörigen dieser Gruppe.

Auffällige Aspekte gewinnen unsere Ergebnisse, wenn wir die berufstätigen Frauen miteinbeziehen: Zwar sind im ganzen mehr Männer als Frauen in den Sparten Höhere Beamte/Angestellte vertreten, von den berufstätigen Frauen sind jedoch deutlich mehr als Männer in höher qualifizierten Tätigkeiten zu finden: Depressiv strukturierte erwerbstätige Frauen sind zu 6% Höhere Beamte (Männer 0%), zwanghaft strukturierte zu 12% (Männer 10%). Die Frauen

beider Strukturgruppen sind jeweils zu 77% Angestellte/Beamte. Selbständige Berufe werden nur durch Männer vertreten; Facharbeiter und Arbeiter werden vor allem durch Männer, Schüler und Studenten durch Frauen repräsentiert.

Tab. 43: Berufe; prozentuale Verteilung

	D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFB	ZFB
HB/HA	2	9	-	2	10	6	6	12
B/A	32	38	40	31	37	41	77	77
S	3	2	20	-	3	-	-	-
FAR	4	12	13	2	18	-	6	-
AR	7	12	20	5	15	6	12	12
R	1	1	-	1	2	-	-	-
H	29	9	-	34	-	28	-	-
SCH/ST	22	17	7	25	16	19	-	-

4.10.3 Zusammenfassung und Diskussion

Patienten mit zwangsneurotischer Struktur finden wir öfter vertreten in qualifizierten Berufen wie Höherer Beamter und Angestellter, Beamter und Angestellter und Facharbeiter, während die depressiv strukturierten Patienten hauptsächlich bei Beamten und Angestellten, Hausfrauen, sowie Studenten und Schülern zu finden sind. Diese Verteilung kann sicherlich teilweise mit dem sehr unterschiedlichen Geschlechteranteil der Strukturgruppen erklärt werden: Die Gruppe der depressiv strukturierten Patienten setzt sich überwiegend aus Frauen zusammen, die zwanghaft strukturierten

mit einem hohen Männeranteil besetzen auch stärker Männerberufe. Der deutlich höhere Schüler- und Studentenanteil der depressiv Strukturierten kann auf ihr durchschnittliches Anamnesealter (s.S. 38) zurückgeführt werden, sie liegen etwas dichter an Schüler- und Studentenjahrgängen als die Patienten mit zwanghafter Persönlichkeit.

Vergleichen wir Männer und Frauen beider Strukturen, so zeigen sich die Ähnlichkeiten mehr geschlechts- als strukturabhängig. Allerdings sind mehr depressiv als zwangsneurotisch strukturierte Frauen Hausfrauen. Wir vermuten hier die Gründe in der stärkeren Objektbeziehung, der intensiven Bindung an Kinder und Familie.

Verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung finden wir in unserem weiblichen Patientenkollektiv mehr Frauen aus gehobenen Tätigkeiten, Arbeiterinnen sind deutlich unterrepräsentiert, unabhängig von der Struktur. Dieses Verteilungsbild muß mit der ärztlichen Auswahl in Zusammenhang gebracht werden (BRÄHLER et al. 1977). Gerade aber die relative Strukturunabhängigkeit könnte ein Zeichen dafür sein, daß Frauen in gehobenen Positionen großem Leistungsdruck und Durchsetzungsschwierigkeiten ausgesetzt sind; auch die Doppelbelastung durch Beruf und Familie könnte ein weiterer Faktor für die Erkrankung dieser Frauen sein.

Auffallend beim Betrachten der berufstätigen Frauen beider Strukturen ist ihre Übereinstimmung in den Berufen Arbeiter und Beamte/ Angestellte; allerdings finden wir bei den zwangsneurotisch strukturierten Frauen doppelt so viele Höhere Beamte/Höhere Angestellte. Hier dürften sich allgemeine Merkmale der jeweiligen Persönlichkeitsstrukturen widerspiegeln: daß Zwangsscharaktere eher "Beamtentypen" sind, während depressive Persönlichkeiten dienstleistende Arbeiten vorziehen.

Interessante Aspekte ergeben sich an dieser Stelle noch durch die Ergebnisse der Variablen Schulbildung, in denen sich die Frauen stark unterscheiden. Zwangsneurotisch Strukturierte bieten die höchste Zahl von Volksschulabschlüssen, depressiv Strukturierte die höchste Quote für Mittlere Reife, während sie sich in

ihrem Akademikeranteil entsprechen. Mit der gleichen Anzahl Akademikerinnen und etwas mehr Abiturientinnen sind die berufstätigen zwanghaft strukturierten Frauen deutlich häufiger in leitenden Positionen wie Höhere Beamte/Angestellte vertreten. Ausgehend von der Schulbildung könnte zumindest den zwanghaft strukturierten Frauen mit Abitur und/oder Hochschulbildung ein ausgeprägterer Aufstiegswillen als den depressiv strukturierten Frauen zugesprochen werden.

Depressiv strukturierte Männer werden größtenteils Beamte und Angestellte, was der männlichen Durchschnittsbevölkerung entspricht. In drei Berufen weisen sie Besonderheiten auf: Sie bieten die meisten Arbeiter und die wenigsten Schüler und Studenten. Letzteres kann seinen Grund in ihrem hohen Anamnesalter (s.S. 38) haben. Wir müssen jedoch auch an die hohe Schulabbruchrate dieser Patientengruppe erinnern, die einerseits dazu beiträgt, den Schüleranteil gering zu halten, andererseits den hohen Arbeiteranteil erklärt. Denn mit einem so niedrigen Bildungsniveau bleibt kaum eine qualifiziertere Tätigkeit als Arbeiter übrig.

Weiterhin fallen die Männer depressiver Charakterstruktur durch die mit Abstand meisten Selbständigen auf. In diesem ausgeprägten Hang zur Selbständigkeit könnte sich der Wunsch der depressiv strukturierten Männer nach geborgenen, intensiven Familien- und Arbeitssituationen, nach der überschaubaren "eigenen Scholle" widerspiegeln. In einem selbständigen Betrieb lassen sich eher Abhängigkeiten und enge Bindungen aufbauen als in einem anonymen Großbetrieb.

Neben der schlechten Oberschul- und Hochschulbildung könnte dies auch eine Erklärung für das völlige Fehlen depressiv strukturierter Männer bei Höheren Beamten/Angestellten sein. Trotzdem bleiben noch die Fragen: Was ist aus den Abiturienten geworden? Begnügen sie sich mit dem Status des Beamten und Angestellten oder sind sie allesamt selbständig geworden?

Zwangsneurotisch strukturierte Männer finden wir fast zum gleichen Prozentsatz als Höhere Beamte und Angestellte wie die berufstätigen

gen Frauen der gleichen Strukturgruppe. Da letztere jedoch eine deutlich höhere Quote von Abiturientinnen und Akademikerinnen aufweisen, kann dies bedeuten, daß von Frauen im allgemeinen höhere Qualifikationen verlangt werden, um leitende Positionen zu besetzen.

5. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSS

Nach der bisherigen Darstellung der Ergebnisse, die orientiert war an den einzelnen Variablen, wollen wir nun versuchen, zusammenhängende Bilder der einzelnen Patientengruppen zu zeichnen. Aus der Gesamtsicht aller Einzelresultate einer Gruppe treten manche Aspekte klarer hervor, werden Regelmäßigkeiten und Wiederholungen wahrnehmbar, erhärten sich manche Interpretationen, die vorher diskutiert worden waren, oder werden auch fragwürdiger.

Für die Gruppen der Frauen hat sich in unserer Untersuchung gezeigt, daß durch eine weitergehende Differenzierung, wie wir sie in Hausfrauen und berufstätige Frauen beider Persönlichkeitsgruppen vorgenommen haben, wertvolle Informationen gewonnen werden konnten. Da bei der globalen Gegenüberstellung von Männern und Frauen der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur demgegenüber vieles nivelliert wird, verzichten wir hier auf diese Darstellung der Gesamtgruppen der Frauen depressiver und zwanghafter Struktur und wenden uns stattdessen direkt den Untergruppen zu.

5.1 Charakterisierungen der Gruppen

5.1.1 Depressiv strukturierte Männer

Ihr Erkrankungsalter ist mit durchschnittlich 25 Jahren um zwei beziehungsweise drei Jahre höher als das der depressiv strukturierten Frauen; es entspricht dem Alter, in dem auch zwanghaft strukturierte Männer erkranken, was vermuten läßt, daß dem Geschlecht der Patienten dabei eine über die Persönlichkeit als bedingenden Faktor hinausgehende Bedeutung zukommt.

Da die Auswertung der Auslösenden Situationen einer eigenen Untersuchung vorbehalten ist, können wir an dieser Stelle keine Informationen darüber einbringen, welche Erlebnisse oder Ereignisse dem Ausbruch der Krankheit vorangingen; es wäre jedoch sicher

voreilig, aus der Übereinstimmung im Erkrankungsalter beider Männergruppen auf übereinstimmende Auslösende Situationen zu schließen; denn selbst bei einer Entsprechung in den "objektiven" auslösenden Bedingungen könnte der "subjektive" Erlebniswert für zwanghaft und depressiv strukturierte Männer ein anderer sein.

Die depressiv strukturierten Männer fallen mit einer extrem langen Dauer der Leitsymptomatik auf, die mit durchschnittlich 10 Jahren sonst nur noch von den Gruppen der Hausfrauen erreicht wird. In diesem Zusammenhang könnte es interessant sein, daß dies gleichzeitig die Gruppen mit der geringsten Schulbildung sind - ein Faktor, der den Zugang zur Psychotherapie bekanntlich erschwert, sei es, weil solche Patienten sich psychotherapeutischen Versuchen eher verschließen, sei es, weil die Therapeuten wegen der größeren "sozialen Distanz" Barrieren schaffen. Eine mögliche Ursache für die lange Dauer der Erkrankung, ehe psychotherapeutische Hilfe gesucht wird, könnte auch darin liegen, daß die für die depressiv strukturierten Männer so herausragend kennzeichnende Leitsymptomatik der Magendarmerkrankungen ein derartiges verschleppendes "Krankheitsverhalten" begünstigt. So ist einerseits denkbar, daß die Magendarmerkrankungen, da sie oft eher im Sinn von lästigen Beschwerden denn als immobilisierende Krankheiten empfunden werden, weniger ernstgenommen werden, vom Arzt wie vom Patienten. Andererseits ist es möglich, daß durch den in der Regel chronischen Verlauf der Magendarmerkrankungen - dafür spricht der frühe Beginn der Symptomatik als Primordial- und Vorerkrankung - ein gewisser Gewöhnungseffekt auftritt. Weiterhin sollte in Betracht gezogen werden, daß depressiv strukturierte Männer durch ihre spezielle Situation am Arbeitsplatz unter Druck stehen könnten, möglichst wenig aus Krankheitsgründen zu fehlen; sie stellen nämlich die höchsten Anteile an Arbeitern und Selbständigen, also Berufsgruppen, in denen man weniger leicht abkömmlich ist als etwa als Beamter oder Angestellter.

Aus hohem Erkrankungsalter und langer Dauer der Leitsymptomatik ergibt sich ein mit durchschnittlich 34 Jahren hohes Anamnesealter - wiederum eine Parallele zu den Hausfrauengruppen. Hier wäre es von Interesse, nach der neuen Qualität der Auslösenden Situation zu forschen, die nach solch langem Verlauf der Krankheit dann schließlich doch den Weg zum Psychotherapeuten finden läßt.

Bei der Leitsymptomatik fällt in der Gruppe der depressiv strukturierten Männer eine deutliche Gewichtung auf im Vergleich zur gleichmäßigeren Verteilung der Leitsymptome in den anderen Patientengruppen: Mit 60% nehmen Magendarm Erkrankungen einen herausragenden Rang ein, der sonst von keiner anderen Patientengruppe erreicht wird und der auch keinem anderen Leitsymptom zufällt. Mit der Beschränkung auf vier der elf möglichen Leitsymptome bieten depressiv strukturierte Männer zudem ein sehr einheitliches Krankheitsbild, angesichts dessen die eben diskutierte lange Dauer der Leitsymptomatik überrascht, sollte man doch gerade dadurch eine zügige Überweisung an den Spezialisten erwarten dürfen.

Seltener als andere Patienten tragen depressiv strukturierte Männer die Diagnose einer Psychischen Erkrankung, als Begleitbeschwerden gibt sie jedoch jeder depressiv strukturierte Mann an. Möglicherweise haben wir hier einen Grund für den chronischen Verlauf und die lange Erkrankungsdauer der depressiv strukturierten Männer vorliegen: Sie stellen die eher körperbezogenen Beschwerden in den Vordergrund, psychische Beschwerden, die, wie wir feststellen konnten, bei Männern als sehr alarmierend gelten, treten dahinter zurück. Allerdings darf man dabei nicht außer acht lassen, daß mit der Diagnose eines Leitsymptoms und der Nennung der Begleitbeschwerden im psychotherapeutischen Anamnese-gespräch der Endpunkt der langen Krankengeschichte erfaßt wird und offen bleiben muß, ob nicht "Erinnerungsverfälschungen" die Angaben verändert haben.

Die Vorrangstellung der Magendarmbeschwerden läßt sich bei den depressiv strukturierten Männern über Vorerkrankungen bis zu den Primordialsymptomen zurückverfolgen. Der somit langwierige

Verlauf dieser Krankengeschichten mahnt, daß schon bei frühkindlichen Magendarmbeschwerden eine Überweisung der jungen Patienten bedacht werden sollte.

Mit SCHWIDDER (1954, 1965) wiesen wir darauf hin, daß orale Hemmungen mit Magendarmkrankungen in Zusammenhang stehen - das Überwiegen bei depressiv strukturierten Patienten somit nicht überrascht. Statt wie bei "rein" depressiven Persönlichkeiten könnten Magendarmkranke ihre oralen Wünsche des Einverleibens und Besitzens nicht ganz aufgeben, sondern drückten ihre Ambivalenz durch Streben nach Unabhängigkeit und Leistung aus. Dies, so unterstellten wir, werde sich bei Männern depressiver Persönlichkeitsstruktur durch Erziehungseinflüsse eher herauskristallisieren als bei Frauen, bei denen die Magendarmsymptomatik in unseren Ergebnissen vergleichsweise weniger gewichtig erscheint. Die Unterscheidung SCHWIDDERs in "rein" depressive und depressiv überkompensierte Persönlichkeiten findet im übrigen eine Bestätigung in unserem Ergebnis, daß Psychisches im Erleben des depressiv strukturierten Mannes offenbar zweitrangig ist.

Die Vorerkrankungen der depressiv strukturierten Männer sind durch einige Charakteristika gekennzeichnet: Zum einen - im Vergleich zu allen anderen Gruppen - ein Maximum an Magendarmkrankungen, die ihren Gipfel ab dem 22. Lebensjahr erreichen; zum anderen durch eine Häufung von Unfällen - dies im Vergleich zu den depressiv strukturierten Frauen -, die ebenfalls ab dem 22. Lebensjahr beobachtet werden kann. Anders als bei den zwanghaft strukturierten Männern, die noch weit mehr Unfälle und diese in kontinuierlicher Verteilung über alle Altersstufen erlitten haben, spricht dies für einen Summationseffekt aus Geschlecht und Auslösender Situation.

Dagegen ist die Gesamtzahl der Vorerkrankungen geringer als bei den depressiv strukturierten Frauen und den zwanghaft strukturierten Männern. Depressiv strukturierte Männer haben die wenigsten Infektions- und Infektiösen Erkrankungen von allen Gruppen in ihrer Anamnese, sie litten damit auch am seltensten an den sogenannten Kinderkrankheiten, obwohl diese oft einen oralen Anstek-

kungsweg haben; insofern könnte man sie für besonders widerstandsfähige und robuste Kinder halten.

Nun steht dies aber in krassem Kontrast zur Anfälligkeit für Primordialsymptome: Depressiv strukturierte Männer haben die häufigsten Primordialsymptome insgesamt angegeben; sie halten die Spitze in Magendarmerkrankungen, Nägelbeißen und Daumenlutschen - alle drei Störungen, die sich auf den für depressiv strukturierte Persönlichkeiten kennzeichnenden oralen Bereich beziehen lassen.

Da nun die Ansteckungskrankheiten teilweise einen sehr hohen Kontagionsindex haben, bietet sich als Erklärung für deren seltenes Vorkommen an, daß depressiv strukturierte Männer in der Kindheit sehr isoliert herangewachsen sind und am Kontakt mit Gleichaltrigen gehindert waren. Primordialsymptome wie Daumenlutschen und Nägelbeißen könnten dementsprechend als Ausdruck der Abhängigkeit von der Familie wie auch als Störungen, die das Kind, zumal einen Jungen, der Lächerlichkeit preisgeben und damit eine Kontaktstörung aufrechterhalten, betrachtet werden.

Das aktuelle Kontakt- und Beziehungsverhalten wird beleuchtet durch Sozialdaten:

Im Familienstand heben sich depressiv strukturierte Männer durch den höchsten Anteil Verheirateter von den anderen Gruppen ab, sofern man Wiederverheiratete, die bei ihnen am häufigsten anzutreffen sind, miteinbezieht. Wir sahen darin einen Versuch, dem Alleinsein, der Verlustangst zu begegnen.

Depressiv strukturierte Männer sind - abgesehen von den Hausfrauengruppen - am seltensten kinderlos, sie scheinen höhere Kinderzahlen eher als andere Patienten anzustreben. Die sich auch darin ausdrückende Tendenz zur Objektbindung wird erneut verdeutlicht an den Ergebnissen zur Wohnsituation. Kein depressiv strukturierter Mann lebt nämlich "allein mit Partner", die bevorzugte Wohnsituation ist "mit Partner und Kind"; recht bezeichnend stechen sie hervor durch den höchsten Prozentsatz derjenigen, die "mit Eltern, Partner und Kind" leben - offenbar gelingt die Loslösung vom Elternhaus oft nicht, ein Gedanke, der bei der Untersuchung

der Auslösenden Situationen weiterzuverfolgen wäre.

Gleichzeitig überrascht jedoch ein relativ hoher Anteil derer, die "allein" leben.

Wir vermuten, daß sich in diesen beiden Extrempositionen Bewältigungsstrategien eines gemeinsam zugrundeliegenden Konflikts widerspiegeln, der sich um die Pole Abhängigkeit-Unabhängigkeit rankt.

Durch ihre Schulbildung unterscheiden sich depressiv strukturierte Männer schließlich erneut von den Patienten anderer Gruppen. Wie bei allen steht zwar der Volksschulabschluß im Vordergrund, jedoch haben die depressiv strukturierten Männer die mit Abstand höchste Volksschulabbruchrate vorzuweisen, wie sie auch die insgesamt höchste Schulabbruchrate zu verantworten haben. Damit kontrastieren sie gerade auch gegenüber den depressiv strukturierten Frauen. Ob die daraus ablesbare geringe schulische Motivation und das mangelnde Durchhaltevermögen mit den postulierten Schwierigkeiten, sich vom Elternhaus zu lösen - Schulbesuch bedingt einen Schritt der Trennung - zusammenhängen? Zu diskutieren wäre auch, ob das Schulversagen durch die chronischen Magendarmerkrankungen mitverursacht ist; oder sind umgekehrt die Magendarmerkrankungen Ausdruck von Problemen, die durch den Schulbesuch hervorgerufen werden? Jedenfalls haben die depressiv strukturierten Männer nicht auf dem Wege der Überkompensierung die Leistungslinie eingeschlagen.

Man darf allerdings dabei nicht unberücksichtigt lassen, daß hier ein Selektionseffekt vorliegen könnte: Da Patienten geringeren Bildungsgrades seltener zur Psychotherapie gelangen, müssen bei dieser Gruppe umso gewichtigere andere motivierende Faktoren vorliegen; zu denken wäre an die bereits diskutierte Dauer und Chronizität der Erkrankung, vielleicht aber auch daran, daß diesen depressiv strukturierten Männern die Überkompensierung durch Leistung nicht möglich ist.

Die Resultate der Variablen Beruf korrespondieren denen der Variablen Schulbildung. Wie in anderen Gruppen auch überwiegen Angestellte und Beamte; auffallend sind jedoch hier die hohe

Arbeiterzahl und der hohe Anteil Selbständiger unter den Patienten. Schlechte Schulbildung bedingt vermutlich schlechte berufliche Ausbildung. Der beträchtliche Prozentsatz Selbständiger erklärt sich vielleicht als Versuch, über berufliche Qualifikation Versäumtes wettzumachen und Aufstiegschancen zu suchen; sicherlich spricht daraus aber auch das Bestreben, in familiärer, eingebundener Umgebung zu arbeiten.

5.1.2 Depressiv strukturierte Hausfrauen

34% der depressiv strukturierten Frauen sind Hausfrauen gegenüber 40% berufstätiger Frauen, die restlichen 26% entfallen auf in Ausbildung befindliche Frauen, die bei der Aufgliederung in Untergruppen nicht weiter betrachtet wurden, deren Daten aber in die Ergebnisse der Gesamtgruppe depressiv strukturierter Frauen eingingen.

Unter den zwanghaft strukturierten Frauen ist der Anteil der Hausfrauen mit 28% geringer, der Anteil berufstätiger Frauen mit 53% erheblich höher.

Für den höheren Anteil depressiv als zwanghaft strukturierter Hausfrauen ist der Grund vermutlich darin zu suchen, daß depressiv strukturierte Frauen durch enge Objektbindung stärker auf die Kinder und den Ehemann ausgerichtet sind und durch ein Leben in der Familie eher Erfüllung finden können.

Das Erkrankungsalter der depressiv strukturierten Hausfrauen ist durchschnittlich 23 Jahre, ein vernachlässigbarer Abstand trennt sie von den berufstätigen Frauen, die ein Jahr früher erkranken - bei den zwanghaft strukturierten Frauen ist es umgekehrt.

Von Interesse erscheint uns die Frage, ob die bei Anamneseerhebung als Hausfrauen tätigen Frauen zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns bereits Hausfrauen oder noch berufstätig waren beziehungsweise in Ausbildung standen. Dies könnte einen Hinweis darauf bringen,

ob es die ausgeübte Tätigkeit als Hausfrau ist, die pathogen wirkt, oder ob die späteren Hausfrauen eine typische prämorbid Persönlichkeitsstruktur haben.

In der Dauer der Leitsymptomatik ähneln sich depressiv (10 Jahre) und zwanghaft (11 Jahre) strukturierte Hausfrauen; da sich in den Gruppen der berufstätigen Frauen auch eine Parallele der Erkrankungsdauer erheben läßt, kann man wahrscheinlich von einem persönlichkeitsübergreifenden, tätigkeitsbestimmten Effekt ausgehen beziehungsweise davon, daß bestimmte, in beiden Persönlichkeiten verankerte Merkmale zu bestimmten Tätigkeiten disponieren. So wäre denkbar, daß Hausfrauen durch Eheschließung, Geburt und Erziehung der Kinder derart beschäftigt und "abgelenkt" sind, daß sie nicht dazu kommen, etwas für sich selbst zu unternehmen, obwohl sie vielleicht gerade darunter sehr leiden; in diesem Zusammenhang sei an die von PROSS (1976) bei Hausfrauen beschriebene Opferhaltung erinnert, die sicherlich den depressiv strukturierten Hausfrauen besonders entspricht.

Möglich ist auch, daß Hausfrauen seltener zum Arzt gehen und ihre Krankheiten "verschleppen", weil der auf ihnen lastende ökonomische Druck, gesund und arbeitsfähig zu sein, geringer ist als bei berufstätigen Frauen, aber auch weil sie ihre Interessen weniger geschickt und zielstrebig vertreten und durchsetzen können. Hinzu kommt, daß die familiäre Situation von Hausfrauen, zum Beispiel durch das Problem, die Kinder unterbringen zu müssen, das Kranksein erschwert, zumal sie auch keinen arbeitsrechtlichen Krankheitsschutz genießen.

Anders als berufstätige Frauen schaffen Hausfrauen nicht produktiv, gestalten sie nur im beschränkten Rahmen des Haushalts etwas aktiv, erfahren sie wenig Anerkennung - dadurch könnte die Hausfrauenarbeit zu einer gewissen Passivität führen und Mitursache dafür sein, daß Hausfrauen ihre Krankheiten nicht ernstnehmen und Behandlungen vielleicht nur inkonsequent durchführen; möglicherweise bleiben "Haus"-Frauen gern in Händen von "Haus"-Ärzten, schätzen sie die familiäre Betreuung durch den Arzt und verzichten

auf fachärztliche Weiterbehandlung. Ebenso vorstellbar ist allerdings, daß Frauen mit der beschriebenen Opferhaltung und Passivität wenig Freude an der Berufstätigkeit empfinden und die Hausfrauentätigkeit vorziehen.

Außerdem leben Hausfrauen doch relativ isoliert im Gegensatz zu berufstätigen Frauen, die in einem weiter gespannten Kommunikationssystem stehen, so daß das Laienwissen über Krankheiten, ihre Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten und Information über die Behandlungsformen einzelner Ärzte sicher beschränkt ist. Zur Klärung dieser Frage schienen uns Untersuchungen über unterschiedliches Krankheitsverhalten bei Hausfrauen und Berufsfrauen-gruppen aufschlußreich.

Für die d e p r e s s i v strukturierten Hausfrauen mögen darüber hinaus spezielle Bedingungen für die lange Dauer der Leitsymptomatik vorliegen. Zum einen klagten sie über ein diffuses Krankheitsbild, das dem Arzt sicher die Diagnose erschwert (s.u.); zum anderen ist in der Geschichte ihrer Vorerkrankungen ein Maximum an Operationen zu zählen - offenbar ist ihre Vorgeschichte für das eigene und das Verständnis des Arztes eine organische. Im übrigen spricht aus der Bereitschaft sich operieren "zu lassen" wieder eine sehr passive Haltung, die der depressiven Persönlichkeit besonders entsprechen dürfte.

Bezüglich des Alters bei Anamneseerhebung stellt sich wieder die Frage nach der Auslösenden Situation, die zur Zuspitzung der Erkrankung geführt und zum Aufsuchen des Psychotherapeuten veranlaßt hat, nachdem bereits zehn Jahre vergangen sind.

Als Leitsymptom spielen Psychische Störungen bei depressiv strukturierten Hausfrauen die größte Rolle. Klar abgehoben davon findet man Magendarmstörungen und Allgemeine Störungen - diese von uns als psychisches Äquivalent betrachtete Diagnose wurde bei depressiv strukturierten Hausfrauen mit Abstand am häufigsten gestellt, was die Bedeutung der Psychischen Störungen als Leitsymptomatik unterstreicht. Bei den zwanghaft strukturierten Hausfrauen ist sogar der Maximalwert Psychischer Erkrankungen zu verzeichnen.

Da beide Hausfrauengruppen gleichzeitig selten an Magendarmstörungen erkrankt sind im Gegensatz zu den Gruppen berufstätiger Frauen, ist es wohl erlaubt, auch hierin einen systematischen Effekt zu sehen, abhängig von der Tätigkeit oder von Persönlichkeitsmerkmalen, die die spätere Tätigkeit determinieren.

Die auffällige Häufung Psychischer Leitsymptomatik läßt vermuten, daß in den Hausfrauengruppen eher Gehemmtheitsstrukturen vorliegen.

In der Begleitsymptomatik ist für die depressiv strukturierten Hausfrauen eine ausgesprochene Neigung, aus vielen Organbereichen Klagen zu nehmen, charakteristisch: Fünf der elf Kategorien sind bei jeweils über 80% der Patientinnen verbreitet. Das impliziert, daß depressiv strukturierte Hausfrauen nicht nur viele, sondern auch sehr verschiedene Begleitbeschwerden haben, somit ein recht diffuses Krankheitsbild vorliegt. Es ist unschwer vorstellbar, daß die Patientinnen dadurch sich selbst und den behandelnden Arzt in Atem halten und so zu einer Verlängerung der Dauer der Leitsymptomatik beitragen: Der Arzt wird hilflos, ungeduldig und ärgerlich. Diese postulierten aggressiv getönten Affekte des Arztes sind vielleicht neben der oben diskutierten passiven Haltung der Patientin mitverantwortlich für die hohe Operationshäufigkeit; es ließe sich durchaus ausmalen, daß ein ständig mit therapeutischen Mißerfolgen konfrontierter Arzt schließlich zu radikaleren Methoden greift.

Depressiv strukturierte Hausfrauen haben die meisten Vorerkrankungen von allen Patientengruppen durchgemacht. Wegen der zu geringen Besetzung der Einzelkategorien für diese Untergruppe war keine Aufschlüsselung der Daten nach Alter und befallenen Organ sinnvoll. Den höchsten Anteil an ihren Vorerkrankungen haben Infektionskrankheiten, Operationen und Gynäkologische Störungen, drei Bereiche, in denen depressiv strukturierte Hausfrauen Maximalwerte im Gruppenvergleich erzielten. Im Kontrast zu der Psychischen Leitsymptomatik waren also in der Vorgeschichte die organischen Krankheiten dominierend. Möglicherweise führte

dies auch den behandelnden Arzt irre und trug so zu einer Verlängerung und Verzögerung der Überweisung zum Psychotherapeuten bei.

Interessant erscheint uns die Diskrepanz in der Zahl der Infektionskrankheiten zwischen depressiv strukturierten Hausfrauen und berufstätigen Frauen und den anderen Untergruppen. Könnte es sein, daß durch zahlreiche frühkindliche Krankheiten erst eine depressive Strukturentwicklung eingeleitet wurde, weil sie zum Beispiel wegen ihrer Krankheitsanfälligkeit in Abhängigkeit gehalten wurden?

Für das extrem hohe Vorkommen von Operationen bei depressiv strukturierten Hausfrauen wurden bereits zwei Faktoren diskutiert: Passivität der Patientinnen, verdeckte Aggressivität der durch therapeutische Mißerfolge enttäuschten Ärzte. Auch autoaggressive Momente spielen dabei wohl eine Rolle. Gerade an diesem Punkt ist es bedauerlich, daß keine weitere Spezifizierung der von den Operationen betroffenen Organe vorliegt. So bleibt es Spekulation, wenn wir aus dem ebenfalls extrem hohen Auftreten gynäkologischer Vorerkrankungen bei depressiv strukturierten Hausfrauen folgern, die Operationen seien auch vorwiegend gynäkologische und Appendektomien, deren psychodynamische Nähe zu gynäkologischen Störungen wiederum bekannt ist.

Die dominierende Rolle Sexueller und Periodenstörungen als Vorerkrankungen depressiv strukturierter Hausfrauen läßt sich weiterverfolgen bis in die aktuellen Begleitbeschwerden hinein. Während zwanghaft strukturierte Hausfrauen geringe gynäkologische Vorerkrankungen aufweisen, setzen sie sich in der Begleitsymptomatik ähnlich wie die depressiv strukturierten Hausfrauen von ihrer berufstätigen Strukturgruppe ab. Offenbar sind die gynäkologischen Störungen für Hausfrauen typisch. Wir interpretierten, daß Störungen der Sexualfunktion und Erkrankungen der Fortpflanzungsorgane auf Konflikte aufmerksam machen wollen, die sich aus der für Hausfrauen zentralen Rolle als Sexualpartner und Mutter ergeben. Auf gesellschaftlicher Ebene entspricht diesem Konflikt die widersprüchliche Stellung der Frau, von der einerseits die Versorgung der Familie erwartet wird, die andererseits für diese Tätigkeit

keine Anerkennung findet, der aber auch keine akzeptablen Möglichkeiten geboten werden, Beruf und Familie zu integrieren.

Das stärkere Betroffensein depressiv strukturierter Hausfrauen könnte dadurch erklärlich werden, daß sie durch Erziehung zur Abhängigkeit, Gefügigkeit und Passivität diesen Konflikt verschärft erleben, zumal sie wohl noch weniger Fähigkeiten besitzen, sich die ihrem Einsatz entsprechende Anerkennung "zu holen".

Die Primordialsymptomatik depressiv strukturierter Hausfrauen wurde nur als Gesamthäufigkeitswert erfaßt. Wir stellten überrascht fest, daß depressiv strukturierte Hausfrauen deutlich weniger Primordialsymptome erwähnten als die berufstätigen Frauen depressiver Persönlichkeit; noch imponierender war dieser Trend bei den zwanghaft strukturierten Frauen zu verfolgen.

Wir vermuteten zunächst, daß die späteren Hausfrauen eine konfliktfreiere, behütetere Kindheit durchlebten, während die späteren berufstätigen Frauen früh durch Konfrontation mit Leistungsanforderungen Konflikte erlebten. Möglicherweise erklärt sich das geringe Vorkommen von Primordialsymptomatik bei den späteren Hausfrauen auch dadurch, daß sie als Kinder eher eine "Negativ-Symptomatik" an den Tag legten, daß sie also besonders brav, ängstlich, scheu und überangepaßt waren, was von ihren Eltern wahrscheinlich, da es sich um Mädchen handelte, erwünscht war.

Festzuhalten bleibt, daß sich offenbar bereits in der frühen Kindheit Unterschiede zwischen später Berufstätigen und Hausfrauen manifestieren. Die Rolle des Tätigkeitsfelds als Determinante psychosomatischer Erkrankungen wird dadurch in Frage gestellt. Das Ergebnis spricht eher dafür, daß sich schon in Kindheit und Jugend unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale zeigen, die zwanghafte und die depressive Persönlichkeitsstruktur übergreifend, die damit im Zusammenhang zu stehen scheinen, welcher Tätigkeitsbereich im Erwachsenenalter eingeschlagen wird.

Die Untersuchung der Sozialdaten erlaubt auch bei den depressiv strukturierten Hausfrauen Rückschlüsse besonders auf das Kontakt-

verhalten und auf die Form, Beziehungen einzugehen.

Nicht unerwartet haben die depressiv strukturierten Hausfrauen den Familienstand "verheiratet"; am Rande anzumerken wäre, daß einige - statistisch sicherlich vernachlässigbar wenige - depressiv strukturierte Hausfrauen wiederverheiratet sind, was ein Licht darauf wirft, daß sie ein Problem damit haben, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen.

Depressiv strukturierte Hausfrauen haben die höchste durchschnittliche Kinderzahl insgesamt. Im Vergleich zu den zwanghaft strukturierten Hausfrauen, die am häufigsten nur ein Kind haben, ist hier die Familie mit zwei Kindern bestimmend, es gibt aber auch Fälle mit vier und sogar acht Kindern. Es ist sicher berechtigt, dies auf den besonderen Hang zur intensiven Objektbindung bei den Patientinnen depressiver Struktur zurückzuführen.

Durch die damit gegebene und von ihnen selbst mitherbeigeführte stärkere Einbindung in die Familie sind die Hausfrauen depressiver Persönlichkeit aber auch mit mehr Arbeitsanforderungen belastet und haben weniger Chancen, sich selbst etwas Freiraum zu schaffen. Die von uns für die Gynäkologischen und Sexuellen Störungen erwogenen Konflikte als Mutter und Sexualpartnerin wären hier bedrängender und schwieriger lösbar.

Die bei depressiv strukturierten Hausfrauen übliche Familiensituation ist das Zusammenleben "mit Partner und Kind".

Die auch bei depressiv strukturierten Hausfrauen vorherrschende Schulbildung ist der Volksschulabschluß; das Bildungsniveau ist niedriger als bei den berufstätigen Frauen depressiver Persönlichkeit; obgleich die Schulabbruchrate weitaus geringer ist als bei den zwanghaft strukturierten Hausfrauen, fällt sie im Vergleich zu der von berufstätigen Frauen depressiver Struktur doch ins Auge, vor allem durch zahlreiche Hochschulabbrüche. Ob hier Leistungsversagen oder frühzeitige Heirat und Familiengründung - möglicherweise ging beides Hand in Hand - eine Rolle spielten, läßt sich nicht entscheiden. Zusätzlich mag die zu Studien Zwecken meist nötige Umsiedlung in eine Universitätsstadt durch die Trennung vom Elternhaus und Freundeskreis zur vorzeitigen

Aufgabe des Studiums bewogen haben.

5.1.3 Depressiv strukturierte berufstätige Frauen

Mit 40% finden wir unter den depressiv strukturierten Frauen sechs Prozent mehr berufstätige Frauen als Hausfrauen; bei zwanghaft strukturierten Frauen ist Berufstätigkeit beträchtlich häufiger (53%). Bereits oben diskutierten wir strukturbedingte Gründe dafür, daß der Anteil berufstätiger Frauen depressiver Persönlichkeit geringer ist als in der weiblichen Durchschnittsbevölkerung.

Das Erkrankungsalter liegt im Durchschnitt bei 22 Jahren. Die durchschnittliche Dauer der Leitsymptomatik entspricht mit fünf Jahren der der berufstätigen zwanghaft strukturierten Frauen und ist nur halb so lang wie bei den zugehörigen Hausfrauengruppen. Das Ergebnis scheint uns in dieser Klarheit und Parallelität mehr vom Tätigkeitsbereich als von der Persönlichkeit allein geprägt.

Da depressiv und auch zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen zum überwiegenden Teil ledig und kinderlos sind und allein leben, kann man das Argument, diese Frauen litten unter der beruflich-familiären Doppelbelastung, verwerfen. Oben überlegten wir, ob berufstätige Frauen unter stärkerem ökonomischem Druck ständen, arbeitsfähig und gesund zu sein. Dies erhärtet sich etwas, wenn man berücksichtigt, daß diese Frauen meist auf sich selbst gestellt sind und sich allein versorgen müssen im Gegensatz zu Hausfrauen, die den Ehemann als Versorger im Hintergrund haben.

Doch möglicherweise kommt der Ehe nicht nur eine materielle Schutzfunktion zu, sondern bindet sie auch psychische Energie und lenkt davon ab, Probleme ins Auge zu fassen und über Veränderungen nachzudenken. Die ebenfalls langjährige Dauer der Leitsymptomatik bei depressiv strukturierten Männern deutet in diese Richtung.

Die Leitsymptomatik der depressiv strukturierten berufstätigen Frauen zentriert sich im wesentlichen auf zwei Bereiche: Psychische Störungen und Magendarmerkrankungen sind etwa gleich häufig. Während die Häufigkeit Psychischer Störungen der von depressiv strukturierten Hausfrauen gleichkommt, fallen die Magendarmstörungen hier viel stärker ins Gewicht. Da es sich bei den zwanghaft strukturierten Frauen ähnlich verhält, möchten wir in den Magendarmerkrankungen eine mehr tätigkeits- als persönlichkeitsbestimmte Symptomatik sehen beziehungsweise eine Symptomatik, die typisch ist für Persönlichkeitsanteile, die beiden Strukturen gemeinsam sind und die mit der Art der Tätigkeit in Zusammenhang stehen.

Wir gingen davon aus, daß sich bei Erkrankungen des Magendarmtrakts ein überkompensiertes Streben nach Leistung und Unabhängigkeit finden lasse und Wünsche nach Anlehnung und Liebe widersprüchlich besetzt seien. Vermutlich ergeben sich für Frauen aus dieser Leistungsorientierung bei gleichzeitiger Ambivalenz gegenüber Liebe und Hingabe mehr Schwierigkeiten als für Männer ähnlicher Struktur, da beide Züge als eher männlich gelten. Daß die depressiv strukturierten berufstätigen Frauen bei Anamneseerhebung mit durchschnittlich 27 Jahren noch unverheiratet sind und allein leben, könnte möglicherweise mit daraus resultierenden Problemen in Partnerbeziehungen zusammenhängen.

Berufstätige depressive wie auch zwanghaft strukturierte Frauen heben sich in zwei charakteristischen Bereichen der Begleitsymptomatik von den jeweiligen Hausfrauen ab: Daß sie weniger über Sexuelle und Periodenstörungen klagen, unterstreicht, daß diese wohl mit der Rolle als Ehefrau und Mutter in Zusammenhang stehen müssen. Daneben scheint uns das geringere Vorkommen von Hautstörungen relevant, die wir als Ausdruck von Kontaktarmut und Isolation, aber auch als Hinweis auf Probleme in der speziellen Hausfrauenfunktion, für Sauberkeit und Ordnung zu sorgen, betrachten.

In keinem Bereich der Begleitsymptomatik überwiegt die durchschnittliche Beschwerdeanzahl der berufstätigen depressiv strukturierten Frauen die der Hausfrauen, somit ist auch ihre Gesamtbe-

schwerdenanzahl geringer. Möglicherweise liegt das daran, daß ihre Krankheiten noch nicht so chronifiziert und schwerwiegend sind, da sie den Arzt früher aufsuchen. Vielleicht hängt es aber auch damit zusammen, daß die berufstätigen Frauen eher eine Haltungsstruktur zu haben scheinen, die Hausfrauen eine Gehemmtheitsstruktur beziehungsweise eine "rein" depressive Struktur, die sie mehr leiden und klagen läßt.

Auch hinsichtlich ihrer Vorerkrankungen verhalten sich depressiv strukturierte berufstätige Frauen unauffälliger. Sie fallen nur durch das im Vergleich zu den Hausfrauen ihrer Strukturgruppe wesentlich geringere Auftreten von Sexuellen und Periodenstörungen und Operationen, die wahrscheinlich auch gynäkologische sind, auf. So wird erneut hervorgekehrt, daß die schon als Begleitsymptomatik imponierende Diskrepanz nicht zufällig war, sondern fester verankert ist.

Hatten die berufstätigen depressiv strukturierten Frauen unter weniger Begleitbeschwerden und Vorerkrankungen zu leiden als die Hausfrauen, so verhält es sich bei den Primordialsymptomen umgekehrt: Die später berufstätigen Frauen hatten eindeutig mehr frühkindliche Störungen.

Auch hier ist die Parallele zu den zwanghaft strukturierten Frauen bemerkenswert. Dieses Ergebnis liefert uns Anhaltspunkte dafür, daß Unterschiede zwischen Hausfrauen und berufstätigen Frauen wohl nicht erst durch die jeweiligen Erfahrungsbereiche des Erwachsenenlebens bestimmt sind, sondern schon in früher Kindheit Weichen gestellt werden.

Wir neigen allerdings weniger zu der Annahme, daß die späteren Hausfrauen tatsächlich eine solch gesunde Kindheit verlebt haben, wie die Daten vorgeben, sondern glauben vielmehr, daß sie als Kinder überangepaßt und fügsam waren, eine "Negativ-Symptomatik" zeigten, die weniger leicht als störend empfunden wird. Auf diesem Hintergrund wäre für die späteren Berufstätigen abzuleiten, daß sie lebhaftere Kinder und weniger von Jungen unterschieden waren, denen sie in der Anzahl der Primordialsymptome nahekommen. Leider konnte für die Frauenuntergruppen keine Kategorisierung der Symp-

tome durchgeführt werden, die zur weiteren Untermauerung dieser These dienen könnte. Jedoch erhielten wir Unterstützung durch ein Untersuchungsergebnis VANSELOWS (1971): Kinder mit Haltungsstrukturen litten vor allem unter Verhaltensstörungen und organischen Beschwerden als Primordialstörungen; es ist zu vermuten, daß sie durch diese Auffälligkeiten mehr Aufmerksamkeit auf sich zogen als Kinder mit Gehemmhtheitsstrukturen, die vor allem psychische Beeinträchtigungen zeigten. Für die Vermutung, daß bei Hausfrauen Gehemmhtheitsstrukturen, bei berufstätigen Frauen Haltungsstrukturen überwiegen, sahen wir auch an anderen Stellen Anhaltspunkte.

Berufstätige depressiv strukturierte Frauen sind erwartungsgemäß häufiger ledig als Hausfrauen. Ähnlich verhält es sich bei den zwanghaft strukturierten Frauen. Wir machten dafür teilweise das jüngere Durchschnittsalter der erwerbstätigen Frauen verantwortlich; daneben erwogen wir, daß diese Frauen durch ein eigenes Einkommen weniger auf Versorgung durch den Ehemann angewiesen sind oder durch den Beruf so ausgefüllt sind, daß sie auf die Ehe verzichten können. Berücksichtigt werden sollte auch der Gedanke, daß selbständigere Frauen Männern möglicherweise weniger attraktiv erscheinen. Sicherlich spielt dabei auch die im Rahmen der Magendarmsymptomatik bereits diskutierte psychische Struktur mit Leistungsorientierung und Ambivalenz gegenüber Abhängigkeitswünschen eine wichtige Rolle.

Unerwartet hoch ist jedoch der Anteil der ledigen Frauen, wenn man die depressiv strukturierten Berufstätigen mit denen zwanghafter Struktur vergleicht, die doppelt so oft verheiratet sind. Dementsprechend findet man unter depressiv strukturierten berufstätigen Frauen die meisten kinderlosen Frauen, während von den zwanghaft strukturierten Frauen, obwohl sie in der Mehrzahl ebenfalls kinderlos sind, fast 30% ein Kind haben. Die durchschnittliche Kinderzahl depressiv strukturierter berufstätiger Frauen ist nur halb so hoch wie die zwanghaft strukturierter.

Anhand der Aktuellen Familienverhältnisse kann man ein klareres Bild über die berufstätigen Frauen depressiver Persönlichkeit erhalten: Sie sind die Gruppe, die häufiger als alle anderen "allein" und häufiger als alle anderen "allein mit Eltern" lebt. Besonders aufschlußreich war die Information, daß keine einzige berufstätige depressiv strukturierte Frau "mit Partner und Kind" lebt. Wir zogen daraus die Folgerung, daß diese Frauen Schwierigkeiten haben, Berufstätigkeit und Familie zu vereinbaren. Dies kann bedeuten, daß sie bei der Geburt von Kindern die Erwerbstätigkeit aufgeben und Hausfrau werden - es wäre durchaus zu ihrer Persönlichkeitsstruktur passend, sich ganz dem Kind zu widmen und zu "opfern" - oder ganz auf Kinder verzichten. Zwanghaft strukturierte Frauen können dagegen Familie und Beruf zugleich bewältigen.

In den beiden vorherrschenden Lebensformen, allein oder bei den Eltern zu leben, zwei zueinander extremen Lebensformen, sahen wir die Verkörperung eines Konflikts, wie er auch schon bei der Leitsymptomatik zum Ausdruck kam: dem zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit. Ein Teil der Patientinnen löst ihn offenbar durch Flucht in absolute Unabhängigkeit, ein anderer Teil bleibt in kindlichem Abhängigkeitsverhältnis zu den Eltern gefangen und schafft die Loslösung nicht.

Die Schulbildung depressiv strukturierter berufstätiger Frauen ist höher als die anderer Gruppen: Relativ selten haben sie einen reinen Volksschulabschluß; sie sind die Gruppe mit den meisten Mittelschulabgängern; zusammen mit den zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen haben sie die meisten Hochschulabschlüsse erreicht; sie haben relativ wenige Schulabbrecher.

Wir vermuten, daß ein Grund für den Besuch weiterführender Schulen auch in der engen Objektbindung liegt, die sie einerseits als Schüler länger an das Elternhaus kettet, andererseits aber auch gute Beziehungen zu Lehrern und damit stärkere Lernmotivation ermöglicht.

Das hohe Bildungsniveau ist sicher ein Anreiz dafür, daß diese Frauen ihr berufliches Fortkommen verfolgen, statt sich früh

für Familie und Ehe zu entscheiden.

Trotz der besten Schulbildung von allen Vergleichsgruppen haben die depressiv strukturierten berufstätigen Frauen seltener als zwanghaft strukturierte Patienten die höhere Beamten- und Angestelltenlaufbahn eingeschlagen; offenbar liegen ihnen leitende Positionen nicht, vielleicht auch deshalb, weil sie lieber auf gleichrangiger kollegialer Ebene statt abgehoben auf einsamem Posten arbeiten.

5.1.4 Zwanghaft strukturierte Männer

Unter den 100 zwangsneurotisch strukturierten Patienten unseres Kollektivs sind 68% Männer. Wir erklärten den hohen Anteil der Männer dieser Persönlichkeitsstruktur mit soziokulturellen Bedingungen wie etwa den in unserer Gesellschaft geltenden männlichen Vorbildern und dadurch bedingten Erziehungsidealen und -methoden. Darüber hinaus konnten wir auf verschiedene Autoren (DÜHRSEN 1951, ZAUNER 1964) verweisen, die psychodynamische Faktoren wie eine geringere Phantasiebegabung und einen intensiven motorischen Betätigungsdrang bei Jungen und die entsprechende Gegenreaktion der Erzieher darauf für die Ausprägung zwangsneurotischer Charakterzüge verantwortlich machen.

Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei 25 Jahren, was mit dem der depressiv strukturierten Männer übereinstimmt und etwas über dem der Frauen beider Strukturgruppen liegt. Auch wenn wir nicht unbedingt strukturübergreifend für depressiv und zwanghaft strukturierte Männer gleichartige Auslösende Situationen annehmen können, so muß doch berücksichtigt werden, daß um das 25. Lebensjahr für Männer gewöhnlich weitreichende Ereignisse wie die Konsolidierung im Beruf, Eheschließung und Familiengründung liegen.

Die Erwägung ähnlicher Auslösender Situatitonen für die Männer beider Strukturgruppen darf jedoch nicht vergessen lassen, daß die psychischen Konflikte in jeweils unterschiedlichen Erlebnisbereichen zu suchen sein werden.

Mit einer Krankheitsdauer von durchschnittlich 8 Jahren liegen die zwanghaft strukturierten Männer im Vergleich mit den übrigen Gruppen, ausgenommen den berufstätigen Frauen beider Strukturen, vergleichsweise niedrig. Im Durchschnittsalter von 32 Jahren wird die uns vorliegende Anamnese erhoben. Es ist zu vermuten, daß sich die Symptomatik zu diesem Zeitpunkt verschärft hat und die psychischen Aspekte des Leidens deutlicher wurden.

Zwanghaft-ängstliche Züge des zwangsneurotisch Strukturierten veranlassen den Kranken vielleicht auch früher als den depressiv Strukturierten auf eine intensive, umfassende Diagnose zu drängen. Auch der relativ höhere Bildungsstand im Vergleich zu den depressiv strukturierten Männern könnte für das frühe Anamnesalter verantwortlich sein: Wir verwiesen auf Untersuchungen, nach denen Patienten mit höherer Bildung eher zur Psychodiagnose überwiesen werden als andere.

Bei der Variablen Leitsymptomatik fällt die Betonung der Psychischen Beschwerden auf sowie die Häufigkeit von Bewegungsstörungen und Herzkreislaufleiden. Psychische Beschwerden sind das meistgenannte Leitsymptom von zwanghaft strukturierten Männern, die jedoch nicht so hohe Werte wie Frauen beider Strukturen erreichen. Ohne eine genaue Aufschlüsselung vorliegen zu haben, vermuten wir unterschiedliche psychische Störungen und Konflikte bei Männern und Frauen, bei depressiv und zwanghaft Strukturierten. So sind mit großer Wahrscheinlichkeit Angst und phobische Reaktionen bei letzteren häufig zu finden.

Aufgrund eines Vergleichs der Krankheitsdauer und der Leitsymptomatik der zwanghaft strukturierten Männer mit denen der Frauen allgemein können wir postulieren, daß psychische Symptome bei Männern im Vergleich zu Frauen eher als pathologisch und alarmierend eingeordnet werden. Die Hausfrauen beider Persönlichkeitsgruppen weisen trotz häufigerer psychischer Leitsymptomatik eine längere Krankheitsdauer auf.

Auch Allgemeine Störungen werden von zwanghaft strukturierten Männern mit erwähnenswerter Häufigkeit genannt. Wenn wir Allgemeine Störungen als psychische Äquivalente ersten Ranges betrachten,

so betont dies zusätzlich die psychische Anfälligkeit dieser Patientengruppe.

Auch das Leitsymptom Herzkreislaufbeschwerden mit der damit meist verbundenen subjektiven Bedrohlichkeit sowie der guten diagnostischen Klärbarkeit durch den objektiv möglichen Ausschluß einer organischen Erkrankung kann eine verhältnismäßig kurze Krankheitsdauer erklären.

Erwartungsgemäß nennt keine andere Gruppe Bewegungsstörungen so häufig als Leitsymptom wie zwanghaft strukturierte Männer. Wir sahen dies in Zusammenhang mit der ausgeprägten Störung motorisch-aggressiver Impulse von zwangsneurotisch strukturierten Menschen im allgemeinen, verbunden mit der häufig anzutreffenden Hemmung motorisch-expansiver Antriebe männlicher Kinder. Als Ausdruck für Spannungszustände, unbeweglich Starres in Psyche und Körper dieser Kranken und für zwanghafte Beherrschung könnte sich ein ständig erhöhter Muskeltonus und die daraus folgenden Erkrankungen und Beschwerden manifestieren.

Begleitsymptome und Vorerkrankungen unterstreichen die spezielle "Bewegungsproblematik" der zwanghaft strukturierten Männer: Während ihre Betroffenheit bei allen übrigen Begleitsymptomen eher unspezifisch ist, erreichen sie Maximalwerte bei Bewegungsstörungen sowohl bezogen auf die Durchschnittsanzahl als auch auf die prozentuale Beteiligung.

Innerhalb der Vorerkrankungen führen die Männer mit zwanghafter Persönlichkeitsstruktur bei den Unfällen. Wir beschrieben ihre gleichmäßige Unfallverteilung auf alle Altersstufen, also ihre Anlage zur Unfallpersönlichkeit. Für uns liegt die Verbindung zwischen ihrer gestörten Motorik und "Motorunfällen" nahe.

Bemerkenswert an dieser Stelle ist außerdem ihre hohe Operationsrate: Psychoanalytische Interpretationen betonen Zusammenhänge zwischen der Tendenz, Aggressionen anstatt nach außen gegen sich selbst zu richten und einer erhöhten Operationshäufigkeit.

Hierbei soll an die häufige Nennung von Herzkreislaufbeschwerden als Leitsymptom erinnert werden. Auch diese werden als Äquivalent gestörter Aggressionsverarbeitung (VÖLKELE 1954) und typisch für

zwanghafte Charaktere beschrieben (DUNBAR 1943, 1959).

Bei Primordialsymptomen fallen sie weder durch durchschnittliche Anzahl noch durch einzelne Symptome nennenswert auf. Grundsätzlich bemerkenswert ist jedoch die Nähe der Werte der Männer und der berufstätigen Frauen, gleich welcher Struktur.

Als verbreitetste Lebenssituation ermittelten wir für zwanghaft strukturierte Männer die Ehe und Familie. Im Vergleich zu den depressiv strukturierten Männern sind sie jedoch öfter ledig, wobei sie häufiger bei den Eltern als alleine leben. Ein Grund dafür könnte im höheren Schüler- und Studentenanteil liegen. Vielleicht ist der zwanghaft Strukturierte aber auch wegen seiner Angst vor Veränderungen und endgültigen Entscheidungen in seiner Fort-Bewegung von den Eltern gehemmt.

Die Notwendigkeit von umfassenden Objektbeziehungen, wie sie die Familiensituation vor allem der depressiv strukturierten Männer verdeutlicht, stellten wir bei zwanghaft strukturierten nicht fest. Nicht verheiratet, leben sie zwar häufig bei den Eltern, was wir bei ihrer Persönlichkeit auch als Ausdruck ihrer Sparsamkeit und Bequemlichkeit sehen; verheiratet lösen sie sich jedoch fast ausschließlich vom Elternhaus und leben "mit Partner und Kind".

Die Tatsache, daß zwanghaft strukturierte Männer am häufigsten ein oder zwei Kinder haben, entspricht einerseits ihrem Hang zu Ordnung und Überschaubarkeit. Gerade aber im Vergleich zu Männern der depressiven Persönlichkeitsgruppe verdeutlicht die hohe Rate der Kinderlosen auch in diesem Fall strukturbedingte Unterschiede in Objektbeziehungen und im Bindungsverhalten.

Die von uns untersuchten Männer beider Strukturen weisen eine weit schlechtere Schulbildung auf als die Frauen. In Relation zu den zwanghaft strukturierten Frauen haben zwanghaft strukturierte Männer häufiger die Volksschule abgeschlossen, weniger die Ober- und Hochschule besucht.

Ihr niedriger Bildungsstand spiegelt sich auch in ihrer Berufstätigkeit wider: Zwanghaft strukturierte Männer sind seltener als die Frauen mit gleicher Struktur Angestellte und Beamte beziehungsweise Höhere Angestellte und Höhere Beamte. Den Beruf des Facharbeiters finden wir hingegen am meisten von zwanghaft strukturierten Männern besetzt, was ihrer Tendenz zur Ordnung, Absicherung und Zuverlässigkeit entsprechen dürfte. Eine weiterführende Differenzierung der Berufe zum Beispiel nach produktiver, leitender oder dienstleistender Tätigkeit wäre aufschlußreich zum näheren Verständnis der Geschlechter- und Strukturunterschiede, konnte aber aufgrund der vorliegenden Daten nicht durchgeführt werden.

Die oben beschriebene Schul- und Berufsausbildung der zwanghaft strukturierten Männer entspricht nicht der der männlichen Normalbevölkerung. Eine Erklärung für unsere Ergebnisse kann nur ansatzweise geleistet werden, denn gerade bei den Variablen Schulbildung und Beruf dürfte sich das Zusammenspiel von Auslesemechanismen, typischen Strukturmerkmalen und spezieller Symptomatik besonders bemerkbar machen. Keinesfalls ist uns jedoch die Schlußfolgerung erlaubt, daß alle zwanghaft strukturierten Männer durchschnittlich eine solche Bildung aufweisen wie unser Kollektiv. Vielmehr ist vorstellbar, daß Männer mit einer ähnlich mangelhaften Schul- und Berufsausbildung, wir denken hier auch an Männer depressiver Charakterstruktur, keine Möglichkeit der Überkompensierung durch Leistung haben und aufgrund dessen mit Psychischen Störungen schneller auffällig werden.

5.1.5 Zwanghaft strukturierte Hausfrauen

Zwanghaft strukturierte Hausfrauen werden beziehungsweise bleiben zu einem geringeren Prozentsatz Hausfrauen als depressiv strukturierte. Ihre strukturbedingten Identitätsmöglichkeiten, wir denken hier an Objektbindung und Beziehungsverhalten, sind offensichtlich weniger auf Ehe und Familie gerichtet als vielmehr auf berufliche Tätigkeit.

Mit einer Leitsymptombdauer von durchschnittlich 11 Jahren, das sind 5 Jahre mehr als bei den berufstätigen Frauen gleicher Struktur, weisen die zwanghaft strukturierten Hausfrauen die längste Krankheitsdauer überhaupt auf. Sie liegen allerdings sehr dicht bei den depressiv strukturierten Hausfrauen. Im Hinblick auf die ähnlich niedrigen Werte der berufstätigen Frauen beider Strukturgruppen können wir von einem strukturübergreifenden, tätigkeitsbedingten Effekt ausgehen.

Für Hausfrauen und Mütter gibt es keinen offiziellen Krankheitschutz, objektiv und subjektiv kann sich schon ein Arztbesuch als organisatorisches Problem erweisen und wird vielleicht lange aufgeschoben. Ähnliche Schwierigkeiten haben Selbständige: Depressiv strukturierte Männer weisen sowohl den höchsten Selbständigenanteil als auch eine sehr lange Leitsymptombdauer auf. Da als ein Grund für die kurze Leitsymptombdauer der zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen deren Bildungsstand genannt wurde, muß hier das vergleichsweise schlechte Ausbildungsniveau der zwanghaft strukturierten Hausfrauen betont werden. Darüber hinaus konnten wir wiederholt feststellen, daß Psychische Beschwerden bei Frauen eher zur Verschleppung der Diagnose führen, während sie bei Männern offenbar als Alarmzeichen gelten, auf das schnell reagiert werden muß. Auch hier könnte eine Ursache für die lange Krankheitsdauer der Hausfrauen zwanghafter Struktur liegen, denn sie nennen Psychische Beschwerden sowohl als Leit- als auch als Begleitsymptom sehr viel häufiger als organische Erkrankungen.

Eine Besonderheit der zwanghaft strukturierten Hausfrauen könnte sich ebenfalls auf die Dauer ihrer Leitsymptomatik auswirken: Zu über 50% haben sie eine hysterische Nebenstruktur. Wir können davon ausgehen, daß sich Entwicklungs- und Strukturmerkmale der hysterischen Persönlichkeit auf *a l l e* Daten mehr oder weniger deutlich auswirken. Bezüglich der Krankheitsdauer ist zu bedenken, daß Ärzte manche Beschwerdebilder, die ihnen von Patientinnen mit ausgeprägten hysterischen Charakterzügen geschildert werden, weniger ernst nehmen und so eine gründliche (Psycho-)Diagnostik verzögert wird.

Bei den Leitsymptomen zeigen die zwanghaft strukturierten Hausfrauen ein klares Bild. Nur drei von elf möglichen Leitsymptomen werden genannt: Herzkreislaufstörungen und Psychische Beschwerden, wobei diese mit Maximalwerten im Gruppenvergleich auffallen, und Magendarmstörungen. Herzkreislaufstörungen interpretieren wir als Äquivalent aggressiver Antriebshemmungen der zwanghaften Charakterstrukturen, aber auch als Ausdruck von hysterischen Störungen im Liebes- und Bindungsbereich, im "Liebes"-Organ.

Bei Begleitsymptomen liegen Psychische Beschwerden ebenfalls an erster Stelle. Weiterhin stechen Allgemeine Störungen, die wir schon oben als organischen Ausdruck psychischer Leiden einordneten, mit Maximalwerten hervor. An dieser Stelle wäre im Hinblick auf den hohen hysterischen Nebenstrukturanteil der zwanghaft strukturierten Hausfrauen und auf einen Vergleich mit den gleich strukturierten berufstätigen Frauen eine genaue Differenzierung nach der Art der Psychischen und Allgemeinstörungen sinnvoll gewesen.

Erwähnenswert ist die Häufigkeit von Sexual- und Periodenstörungen und Hauterkrankungen. Das gleichzeitige Auftreten dieser Beschwerden hatten wir schon bei den depressiv strukturierten Hausfrauen vorgefunden. Hier wird angedeutet, daß Probleme im sexuellen und Hingabebereich eine Domäne von Hausfrauen zu sein scheinen. Infolge der einseitigen Konzentration der Hausfrauen auf ihre traditionelle Rolle als Mutter und Ehefrau interpretierten wir Sexual- und Periodenstörungen als Ausdruck tätigkeitsspezifischer Konflikte und Ängste. Krankheiten der Haut, des sensibelsten Berührungs- und Kontaktorgans, signalisieren möglicherweise Kontaktstörungen und Isolationsängste, aber auch innere Konflikte mit der Haupttätigkeit der Hausfrau, der Reinhaltung der Wohnung, Wäsche und Kinder.

Zwanghaft strukturierte Hausfrauen haben wie auch die depressiv strukturierten Hausfrauen die höchste durchschnittliche Beschwerdeanzahl angegeben. Als Gründe dafür diskutierten wir bei den depressiv strukturierten Hausfrauen bereits, daß sie ihre Krankheiten "verschleppen" (längste Leitsymptombdauer) und mit chronifizierten Leiden dem Psychotherapeuten vorgestellt werden. Eine

Ergänzung dieser Überlegungen sehen wir in einem Ergebnis DAUDERTs (1982), bei dem Patientinnen mit hohem Alter die meisten Beschwerden nannten: Auch unsere Hausfrauengruppen sind älter als die übrigen Patienten.

Zwanghaft strukturierte Hausfrauen unterscheiden sich von den übrigen Untergruppen durch eine sehr geringe Anzahl von Primordialsymptomen und Vorerkrankungen. Ob dies als Ausdruck einer tatsächlich geringeren Krankheitsanfälligkeit gewertet werden kann, ist fragwürdig. Vielmehr ist denkbar, daß die strukturspezifische Art des Symptomangebots, in diesem Fall stark beeinflusst von hysterischen Grundzügen, über die Gegenübertragung des Arztes bewirkt, daß Beschwerden eher als "Symptom" eingeordnet anstatt als "Krankheit" beurteilt und therapiert werden.

Bei den Primordialsymptomen liegen die zwanghaft strukturierten Hausfrauen wie auch schon die depressiv strukturierten Hausfrauen sowohl mit ihren Durchschnittswerten als auch mit ihrer prozentualen Beteiligung weit unter den Werten der Vergleichsgruppe. Gerade im Hinblick auf die konträren Maximalwerte der zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen wäre es interessant zu wissen, ob die späteren Hausfrauen tatsächlich gesünder waren oder nur ein für die Umwelt bequemes, angepaßteres Verhalten zeigten, vielleicht weil bei ihnen Gehemmtheitsstrukturen überwogen.

Auch bei den Vorerkrankungen finden wir die zwanghaft strukturierten Hausfrauen mit auffällig geringen Krankheitsraten vertreten. Während sie bei Infektiösen, Infektions-, Anderen Krankheiten und Operationen sehr niedrige Werte angaben, registrierten wir allerdings eine Unfallbetroffenheit, die deutlich über der der anderen Frauengruppen liegt. Wie schon oben sehen wir einen Zusammenhang zwischen einer hohen Unfallrate und Bewegungsstörungen, die charakteristisch sind für zwanghaft strukturierte Persönlichkeiten. Hervorzuheben ist jedoch, daß die zwanghaft strukturierten Hausfrauen fast ausschließlich nach dem 22. Lebensjahr in Unfälle verwickelt sind, sich also klar von der "Unfallpersönlichkeit" der zwanghaft strukturierten Männer abgrenzen.

Gynäkologische Störungen als Vorerkrankungen wurden wenig häufiger

angegeben als von den berufstätigen Frauen gleicher Struktur, sehr viel weniger als von depressiv strukturierten Hausfrauen. Dies steht im Widerspruch zu den Begleitsymptomen, bei denen Sexual- und Periodenstörungen von Hausfrauen beider Strukturgruppen nahezu gleich oft genannt werden. Eine Erklärungsmöglichkeit könnte sein, daß zwanghaft strukturierte Hausfrauen grundsätzlich weniger Konflikte mit ihrer Rollenfindung als Frau haben und daß sexuelle und gynäkologische Störungen erst später, in der eingepaßten und wenig flexiblen Situation als Mutter und Hausfrau entwickelt werden.

Alle zwanghaft strukturierten Hausfrauen sind verheiratet, keine geschieden, was bei der hohen Quote von hysterischen Nebenstrukturanteilen und damit oft verbundenen Störungen im Bindungsbereich eher zu erwarten gewesen wäre.

Häufiger als die depressiv strukturierten Hausfrauen und auch als zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen entscheiden sie sich für nur ein Kind, leben "mit Partner" beziehungsweise "mit Partner und Kind", nie "mit Eltern, Partner und Kind". Sie scheinen also sehr genau die Grenzen ihres Arbeitseinsatzes zu kennen und zu ziehen.

Bei der Bewertung der Schulbildung beziehen die zwanghaft strukturierten Hausfrauen zwei Extrempositionen: Über die Hälfte hat nur Volksschulbildung und eine hohe Rate von 11% hat diese nicht abgeschlossen. Da uns keine genaue Zuordnung von Nebenstruktur und Schulbildung vorliegt, muß offenbleiben, ob sich hier GUZEs et al. (1971) These bestätigt, daß hysterisch strukturierte Personen wenig ausdauernd und erfolgreich die Schule durchlaufen.

Andererseits finden wir mehr Hochschulabsolventinnen als bei den Männern gleich welcher Struktur und sehr viel mehr als bei den depressiv strukturierten Hausfrauen.

Gerade bei der Diskussion einer Abhängigkeit von (Schul-)Bildung und Krankheitsverhalten, von subjektiver und objektiver Krankheitsbewertung, müssen wir hinterfragen, ob in der Gruppe der zwanghaft strukturierten Hausfrauen mit diesen so extremen Bil-

dungsgraden auch zwei verschiedene Patientengruppen "verborgen" sind, die sich auch in anderen Variablen unterscheiden, die weniger detailliert aufgeschlüsselt sind als die Variable Schulbildung.

5.1.6 Zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen

Betrachten wir die Gesamtgruppe der zwanghaft strukturierten Frauen, so sticht zunächst hervor, daß der Anteil der Berufstätigen in Relation zu den Hausfrauen fast doppelt so hoch ist. Es besteht hier ein deutlicher Unterschied zu den depressiv strukturierten Frauen, die sehr viel weniger Berufstätige aufweisen. Auffällig dabei ist, daß die zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen doppelt so häufig verheiratet sind und Kinder haben; Heirat und Familie sind für sie seltener Anlaß, die Berufstätigkeit aufzugeben, im Gegensatz zu den depressiv strukturierten Frauen.

Während sich das Erkrankungsalter bei allen Vergleichsgruppen nicht spezifisch unterscheidet, finden wir große Differenzen bei der durchschnittlichen Dauer der Leitsymptomatik. Schon nach sechs Jahren, fünf Jahre früher als die Hausfrauen, kommen die berufstätigen zwanghaft strukturierten Frauen zur Anamneseerhebung in die Psychosomatische Abteilung. Dieses Ergebnis korrespondiert genau mit dem der depressiv strukturierten Frauen; wir können daraus folgern, daß für die Art und Weise, wie Krankheit empfunden und wie mit ihr umgegangen wird, die Art der Tätigkeit ausschlaggebender ist als strukturbedingte Verhaltensweisen.

Daß berufstätige zwanghaft strukturierte Frauen nach deutlich kürzerer Zeit zur Psychodiagnostik überwiesen werden, überrascht umso mehr, als die zwanghaft strukturierten Hausfrauen mit einem 20% höheren Anteil von psychischen Leitsymptomen ihre seelischen Konflikte klarer anbieten, hingegen die berufstätigen Frauen gleicher Struktur zu 65% organische Leitsymptome angeben.

Zur Klärung dieses Unterschiedes ist zunächst zu prüfen, ob und wie sich die beiden Frauengruppen bezüglich ihres Bildungsstandes unterscheiden. Wir konnten Autoren zitieren, die einen Zusammenhang zwischen einem höheren Bildungsstand und einer kürzeren Krankheitsdauer belegen. Diese Interpretation könnte auch auf die Gruppe der zwanghaft strukturierten Frauen zutreffen: Die Berufstätigen weisen weit mehr Absolventen von Oberschule und Hochschule auf. Neben der höheren Bildung wirkt sich auf eine kürzere Krankheitsdauer vielleicht auch die Arbeitssituation aus: Unter Arbeitskollegen und gerade unter Frauen spricht man über Beschwerden und Krankheiten, tauscht Informationen aus über Kuren, Ärzte, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß Angestellte und Beamte, in diesen Berufen sind die Frauen hauptsächlich vertreten, einen Krankheitsschutz genießen, der ihnen einen Arztbesuch während der Arbeitszeit erlaubt.

Unter den bei den zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen generell im Vordergrund stehenden organischen Leitsymptomen nehmen die Magendarmstörungen den ersten Rang ein, wobei die Ergebnisse denen der depressiv strukturierten berufstätigen Frauen sehr nahe kommen.

Die ähnlich ausgeprägte Betroffenheit am Magendarmtrakt der berufstätigen Frauen beider Strukturgruppen unterstützt unsere oben entwickelte These, daß Magendarmstörungen häufig in Verbindung mit einer starken Orientierung nach Leistung, Anerkennung und Unabhängigkeit zu sehen sind (SCHWIDDER 1954, 1956). Es liegt nahe, daß gerade berufstätige Mütter und Ehefrauen Konflikte haben, ihre Pflichten und Sehnsüchte nach Hingabe und Liebe einerseits mit ihren Leistungswünschen andererseits in Einklang zu bringen.

Einen neuen Aspekt gewinnen die ähnlichen Angaben zu Magendarmstörungen der beiden Frauengruppen, wenn man die Beschwerden genauer differenziert: Während depressiv strukturierte Frauen Beschwerden des oberen Verdauungstraktes beschreiben und damit orale Konfliktbereiche anklingen lassen, klagen die zwanghaft

strukturierten über Krankheiten des unteren Verdauungstraktes wie zum Beispiel M. Crohn, Colitis ulcerosa und Verdauungsstörungen. Diese Leiden werden häufig in Verbindung mit Charaktermerkmalen beobachtet, die der zwanghaften Persönlichkeit nahestehen: Die Patienten werden als überdurchschnittlich gewissenhaft, unterwürfig und aggressiv gehemmt beschrieben (SCHULTHEISS und v. UEXKÜLL 1981, ENGEL 1981).

Weiter sehen wir einen möglichen Bezug zwischen der starken Betroffenheit am unteren Verdauungstrakt und einer ausgeprägten Sauberkeitserziehung von Mädchen, bei denen sich zwangsneurotisch getönte Erziehungsideale mehr auf Reinlichkeit und Sauberkeit orientieren, während bei Jungen Schmutz eher toleriert wird und sie mehr in ihren motorisch-aggressiven Impulsen eingeengt werden (cf. die Leitsymptomatik der zwanghaft strukturierten Männer).

Psychische Störungen finden wir als zweithäufigstes Leitsymptom; dieser Beschwerdebereich gewinnt an Gewicht, wenn wir Allgemeinstörungen hinzurechnen, die von uns als Psychischen Beschwerden gleichwertig interpretiert wurden. In bezug hierzu besteht ein Gegensatz zu den zwanghaft strukturierten Hausfrauen, die überhaupt keine Allgemeinstörungen nennen, jedoch einen Maximalwert an Psychischen Störungen. Für uns ist dies ein weiterer Hinweis darauf, daß Hausfrauen im Gegensatz zu den berufstätigen Frauen der gleichen Struktur häufiger eine Gehemmtheitsstruktur aufweisen.

Als Begleitsymptom nehmen Psychische Beschwerden bei zwanghaft strukturierten berufstätigen Frauen den ersten Platz ein. Daneben finden wir Bewegungsstörungen, Sinnesstörungen und Herzkreislauf-erkrankungen als organische Äquivalente typisch zwanghafter Störungen im motorisch-aggressiven Bereich sehr viel häufiger erwähnt als von den Hausfrauen mit zwanghafter Persönlichkeit.

Auch bei der Variablen Vorerkrankungen werden Herzkreislaufstörungen und Bewegungserkrankungen oft genannt. Ansonsten ist zwischen zwanghaft strukturierten Hausfrauen und Berufstätigen besonders ein Unterschied auffällig: Operationen sind bei Berufstätigen sehr viel häufiger. Hier können wir Parallelen zu den Ergeb-

nissen der zwanghaft strukturierten Männer aufzeigen: Eine hohe Operationsrate als Ausdruck gestörter Aggressionsverarbeitung verbunden mit Störungen des Herzkreislauf- und Bewegungssystems.

Berufstätige zwanghaft strukturierte Frauen gaben mehr als doppelt so viele Primordialsymptome an wie die Hausfrauen der gleichen Strukturgruppe. Ein ähnliches Verteilungsmuster, jedoch nicht so deutlich ausgeprägt, stellten wir bei den depressiv strukturierten Frauen fest. Bei diesen Beschwerden, die mit großer Wahrscheinlichkeit weniger auf individuelles Leidensgefühl als vielmehr auf Überlieferungen durch die Eltern zurückgehen, zeigt sich offensichtlich ein frühzeitig angelegter grundsätzlicher Entwicklungs- und Verhaltensunterschied zwischen beiden Frauengruppen, gleich welcher Struktur. Erstaunlicherweise setzt sich dieser jedoch nicht mit der gleichen Deutlichkeit fort bezüglich der Krankheitsanzahl bei Vorerkrankungen und Begleitsymptomen. Daraus läßt sich die Frage ableiten, ob die später berufstätigen Frauen tatsächlich mit gestörteren Verhaltensweisen in ihrer Kindheit reagierten oder ob die späteren Hausfrauen unauffälliger, angepaßter und nur scheinbar gesünder waren.

Als häufigstes Primordialsymptom wird Angst von den zwanghaft strukturierten Frauen genannt, eine Differenzierung nach Tätigkeitsbereichen liegt uns hier nicht vor. Während diese Kranken im Kindesalter hauptsächlich unter Psychischen Störungen litten, scheinen sie seelische Leiden und Konflikte als Erwachsene zu rationalisieren; körperliche Symptome treten in den Vordergrund, an den Leit- und Begleitsymptomen abzulesen.

Zwanghaft strukturierte berufstätige Frauen fallen durch einen hohen Anteil Verheirateter mit Kindern auf, im Gegensatz zu den depressiv strukturierten. Die meisten leben mit Ehemann und Kindern, woraus sich schließen läßt, daß Familie und Berufstätigkeit für sie gut zu vereinbaren sind.

Ausgehend von ihrer Schulbildung zeigen die berufstätigen Frauen mit zwanghafter Struktur in ihrem Beruf einen ausgeprägten Aufstiegswillen und Erfolg. Mit einem Maximalwert von "Nur"-Volksschulabgängern werden sie später häufig Beamte und Angestellte; bezogen auf die gleiche Anzahl von Hochschulabsolventen im Vergleich zu den depressiv strukturierten berufstätigen Frauen steigen mehr auf zu Höheren Beamten und Angestellten.

DAUDERT (1982) hatte die bei Volksschulabgängerinnen angegebene hohe Beschwerdeanzahl als Hinweis für ein typisches Krankheitsverhalten interpretiert: Vermutlich müssen bei diesen Patienten die Beschwerden ein größeres Ausmaß annehmen, bis ein Arzt konsultiert wird. Wir können sein Ergebnis ansatzweise bestätigen: Zwanghaft strukturierte Frauen, die zu 71% mit Abstand am häufigsten nur Volksschulabschluß aufweisen, nennen im Vergleich zu den depressiv strukturierten berufstätigen Frauen im Durchschnitt deutlich mehr Beschwerden. Die Beschwerdeanzahl scheint also von der Persönlichkeitsstruktur, dem Geschlecht und dem Tätigkeitsbereich, aber auch von der Schulbildung abhängig zu sein.

5.2 Schluß

Nach der Herleitung der Fragestellung und der Beschreibung der Auswertungsmethoden wurden in Kapitel 4 die Ergebnisse der einzelnen Variablen dargestellt; in Kapitel 5 haben wir die Resultate für die Patientengruppen zusammengefaßt und diskutiert. Abschließend sollen sie in Relation zu den Ausgangshypothesen betrachtet werden.

Bei der Formulierung der drei Hypothesen waren wir davon ausgegangen, daß

- Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur,
- das jeweilige Geschlecht bei Übereinstimmung in der Persönlichkeitsstruktur und
- der Tätigkeitsbereich bei übereinstimmender Persönlichkeitsstruktur und gleichem Geschlecht

bei psychosomatisch erkrankten Patienten sich niederschlagen wird in

- unterschiedlichen Leitsymptomen
- unterschiedlichen Begleitbeschwerden,
- spezifischen Vorerkrankungen,
- entsprechenden Daten der Krankengeschichte und
- entsprechenden Daten der Sozialgeschichte.

Beim Vergleich der beiden Strukturgruppen wurden bei 20 der insgesamt 85 Einzelvariablen unterschiedliche Merkmalsausprägungen festgestellt, sofern man subjektiv als relevant bewertete und durch Test als signifikant erwiesene Unterschiede zusammenfaßt. Die Anzahl der signifikanten Differenzen beträgt lediglich sieben, wobei zu berücksichtigen ist, daß eine Reihe von Variablen nicht auf Signifikanz geprüft werden konnte.

Die für die Geschlechtshypothese angestellten Vergleiche zwischen depressiv strukturierten Männern und Frauen zeigten insgesamt 30 nach unserer Einschätzung verschiedene Resultate auf; davon waren fünf signifikant unterschiedlich.

Innerhalb der Gruppe zwanghaft strukturierter Männer und Frauen waren von insgesamt 17 nicht übereinstimmenden Ergebnissen zwei signifikant verschieden.

Unter der Erwerbstätigkeithypothese konnten wir zwischen depressiv strukturierten Hausfrauen und erwerbstätigen Frauen 21 Unterschiede ermitteln, von denen sechs signifikant waren. Zwischen den zwanghaft strukturierten Hausfrauen und erwerbstätigen Frauen waren von 27 abweichenden Ergebnissen zwei signifikant unterschiedlich.

Die Auswertung des Datenmaterials hat damit die Bedeutung der drei Hypothesen bestätigt. Es überrascht jedoch, daß die Anzahl bemerkenswerter Differenzen unter den drei Hypothesen nicht stärker voneinander abweicht. Wir hatten erwartet, daß zwischen

den beiden Persönlichkeitsstrukturen die größte Anzahl signifikant unterschiedlicher Ergebnisse ermittelt wird; denn die Vergleiche zwischen den Geschlechts- und Tätigkeitsgruppen waren jeweils strukturgruppenintern konzipiert. Offensichtlich sind jedoch Geschlecht und ausgeübte Tätigkeit von ähnlicher Tragweite wie die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur.

Folgende Angaben zur Krankheitsgeschichte ermöglichten eine schwerpunktmäßige Zuordnung zu jeweils einer der beiden Persönlichkeitsstrukturen: das Erkrankungsalter, das Alter bei Anamneseerhebung, die Leitsymptomkategorien Herzkreislaufstörungen, Magendarmstörungen sowie Bewegungsstörungen, die Begleitsymptomkategorien Sinnesstörungen, Herzkreislaufstörungen, Sexuelle und Periodenstörungen sowie Bewegungsstörungen, die Vorerkrankungen Infektionskrankheiten sowie Unfälle. Mit Hilfe der Sozialdaten wurden Unterschiede zwischen den Persönlichkeitsstrukturen an Hand der Merkmale Familienstand, Aktuelles Familienverhältnis, Schulbildung und Beruf ermittelt.

Es gelang an vielen Punkten, die psychosomatischen Erkrankungen aus dem psychodynamischen Hintergrund der jeweiligen Struktur zu beleuchten. Daß bei der Interpretation selbst signifikanter Unterschiede zwischen den Strukturgruppen eine weitergehende Aufschlüsselung nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich fruchtbar ist, konnten wir etwa an dem Beispiel des Erkrankungsalters nachweisen: Wir vermuteten, daß das unterschiedliche durchschnittliche Erkrankungsalter zwischen depressiv und zwanghaft strukturierten Patienten durch den höheren Frauenanteil der depressiven Strukturgruppe bedingt ist - Frauen erkrankten strukturübergreifend in jüngerem Alter als Männer.

Wenn man Männer und Frauen innerhalb der Strukturgruppen unter der Geschlechtshypothese einander gegenüberstellt, fällt auf, daß zwanghaft strukturierte Männer und Frauen sich einheitlicher verhalten und ein homogeneres Bild abgeben als depressiv strukturierte Männer und Frauen, die sich deutlicher voneinander abgrenzen lassen. Hier tritt also eine unterschiedlich

ausgeprägte Interaktion von Struktur und Geschlecht zutage: In depressiv strukturierten Gruppen kommt das Geschlecht stärker zum Tragen, während sein Einfluß in den zwanghaft strukturierten Gruppen zurücktritt. Eine angemessene Interpretation dieses Ergebnisses ist wohl erst unter Einbeziehung auch der schizoiden und der hysterischen Persönlichkeitsstrukturen möglich.

Innerhalb der depressiven Strukturgruppe fanden wir Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den Variablen Erkrankungsalter, Dauer der Leitsymptomatik, Alter bei Anamneseerhebung, in den Leitsymptomkategorien HerzKreislaufstörungen, Magendarmstörungen und Psychische Störungen, in den Begleitsymptomkategorien Sinnesstörungen, Hautstörungen und Sexuelle und Periodenstörungen, bei den Vorerkrankungsklassen Infektionskrankheiten, Infektiöse Erkrankungen und Unfälle, der Gesamtzahl von Vorerkrankungen, dem Familienstand "ledig" und "verheiratet", der durchschnittlichen Kinderzahl, dem Aktuellen Familienverhältnis "allein mit Partner", "mit Partner und Kind", "allein mit den Eltern" und "mit Eltern, Partner und Kind", der Schulbildung "Volksschule nicht abgeschlossen", "Volksschule", "Mittelschule", "Oberschule nicht abgeschlossen" und "Oberschule", den Berufsgruppen "Beamter und Angestellter", "Selbständiger", "Facharbeiter", "Arbeiter" und "Student".

Innerhalb der zwanghaften Strukturgruppe ergaben sich Abweichungen zwischen Männern und Frauen in den Leitsymptomkategorien HerzKreislaufstörungen, Magendarmstörungen, Bewegungsstörungen und Psychische Störungen, in den Begleitsymptomkategorien Sinnesstörungen, Sexuelle und Periodenstörungen und Bewegungsstörungen, in der Vorerkrankungsklasse Unfälle und in der Gesamtzahl an Vorerkrankungen, in der durchschnittlichen Kinderzahl, dem Aktuellen Familienverhältnis "allein mit Partner" und "mit Partner und Kind", der Schulbildung "Volksschule", "Oberschule nicht abgeschlossen" und "Oberschule" und den Berufsgruppen "Facharbeiter" und "Arbeiter".

Unter den beschriebenen Geschlechtsdifferenzen erkennt man neben den strukturabhängigen Unterschieden auch einen strukturübergreifenden, das heißt beiden Strukturgruppen gemeinsamen Trend in den Variablen Erkrankungsalter, Alter bei Anamneseerhebung, der Leitsymptomkategorie Psychische Störungen, der Vorerkrankungskategorie Sexuelle und Periodenstörungen, in den Berufssparten "Arbeiter" und "Facharbeiter", in der Aktuellen Familiensituation "mit Partner und Kind" und in der durchschnittlichen Kinderzahl. Hier wäre durch Einbeziehung auch der hysterischen und der schizoiden Persönlichkeitsstruktur zu prüfen, ob sich darin tatsächlich ein "echter" Geschlechtseffekt ausdrückt oder ob er auf die depressive und zwanghafte Persönlichkeitsstruktur beschränkt ist. Wir konnten somit zeigen, daß Frauen und Männer - je nach Persönlichkeitsstruktur in unterschiedlichem Ausmaß - an schwerpunktmäßig unterschiedlichen psychosomatischen Krankheitsbildern erkranken und sich auch anhand von Daten ihrer Sozialgeschichte voneinander abgrenzen lassen. Der Einfluß des Faktors Geschlecht geht dabei über die Männern und Frauen gemeinsame Persönlichkeitsstruktur hinaus.

Ob nur frühkindliche Einwirkungen oder auch aktuelle Erfahrungen des Erwachsenenalters, wie sie durch die gewählten Tätigkeitsbereiche gegeben sind, von Bedeutung sind, wollten wir anhand der **E r w e r b s t ä t i g k e i t s h y p o t h e s e** kontrollieren.

Bei Hausfrauen und erwerbstätigen Frauen der **d e p r e s s i v e n** Persönlichkeitsstruktur ergaben sich Diskrepanzen in folgenden Variablen: Dauer der Leitsymptomatik, Alter bei Anamneseerhebung, den Leitsymptomkategorien Allgemeine Störungen und Magen-darmstörungen, den Begleitsymptomkategorien Hautstörungen, Herzkreislaufstörungen und Sexuelle und Periodenstörungen, den gynäkologischen Vorerkrankungen, der Gesamtzahl an Vorerkrankungen, der Gesamtzahl an Primordialsymptomen, dem Familienstand "verheiratet", "ledig" und "geschieden", der durchschnittlichen Kinderzahl, dem Aktuellen Familienverhältnis "allein", "allein mit Partner", "mit Partner und Kind" und "allein mit den Eltern",

der Schulbildung "Volksschule", "Mittelschule", "Hochschule" und "Hochschule nicht abgeschlossen".

Z w a n g h a f t strukturierte Hausfrauen und erwerbstätige Frauen differierten in den Variablen Dauer der Leitsymptomatik, Alter bei Anamneseerhebung, den Leitsymptomkategorien Allgemeine Störungen, Herzkreislaufstörungen, Magendarmstörungen und Psychische Störungen, den Begleitsymptomkategorien Sinnesstörungen, Hautstörungen, Herzkreislaufstörungen, Sexuelle und Periodenstörungen und Bewegungsstörungen, Infektiösen Vorerkrankungen und der Gesamtzahl an Vorerkrankungen, der Gesamtzahl an Primordialsymptomen, dem Familienstand "ledig", "verheiratet" und "geschieden", der durchschnittlichen Kinderzahl, dem Aktuellen Familienverhältnis "allein", "allein mit Partner", "mit Partner und Kind", "allein mit Kind" und "allein mit den Eltern" und der Schulbildung "Volksschule nicht abgeschlossen", "Volksschule", "Oberschule nicht abgeschlossen", "Oberschule" und "Hochschule".

Die geringere Anzahl der signifikant unterschiedlichen Werte bei den zwanghaft strukturierten Frauengruppen gegenüber den depressiv strukturierten ist wahrscheinlich auf den noch geringeren Stichprobenumfang als bei den depressiv strukturierten Frauengruppen zurückzuführen. Da allgemein bei geringem Stichprobenumfang der Nachweis von Signifikanzen erschwert wird, sind die signifikanten Ergebnisse zu dieser Hypothese, die denen der Struktur- und Geschlechtshypothese etwa gleichkommen, hervorzuheben. Auch der subjektive Eindruck bestätigt, daß hier eine Reihe sehr extremer Gegensätze auftaucht. Offenbar wurde hier ein sehr aussagekräftiges Untersuchungskriterium zugrundegelegt. Es ließen sich prägnante Bilder dieser Frauengruppen skizzieren, wobei in Variablen wie Dauer der Leitsymptomatik, Alter bei Anamneseerhebung, dem Leitsymptom Magendarmstörungen, den Begleitsymptomkategorien Hautstörungen und Sexuelle und Periodenstörungen und der Anzahl der Primordialsymptome die strukturübergreifende Parallelität beeindruckte. Auch hierzu wären Vergleichswerte schizoid

und hysterisch strukturierter erwerbstätiger Frauen und Hausfrauen interessant. Wenn bei diesen Strukturgruppen ebenfalls Magendarmsstörungen Domäne der berufstätigen Frauen, Sexuelle und Periodenstörungen dagegen bevorzugte Symptome von Hausfrauen wären, könnte man vermuten, daß neben der Persönlichkeitsstruktur auch der spezielle Konflikt, mit dem ein Patient konfrontiert ist, den Organbefall und die psychosomatische Symptomatik mitformt.

Obgleich es uns gelang aufzuzeigen, daß Tätigkeitsbereiche mit der "Gestaltung" psychosomatischer Erkrankungen in Zusammenhang stehen, können wir nicht ausschließen, daß es möglicherweise weniger diese aktuellen Erfahrungen des Arbeitsprozesses selbst sind, von denen der Einfluß ausgeht, als vielmehr bereits in früher Kindheit stattgefundene Erfahrungen. Unsere Ergebnisse zur Primordialsymptomatik deuten in diese Richtung. Wir haben Anlaß zu der Annahme, daß diese frühkindlichen Erfahrungen sich niederschlagen in Persönlichkeitsanteilen, die sowohl der depressiven als auch der zwanghaften Struktur eigen sind, vielleicht auch der hysterischen und schizoiden. Möglicherweise werden Frauen, die schon in jungen Jahren Gehemmtheitsstrukturen entwickelt haben, überwiegend Hausfrauen, während dagegen Frauen, die früh Haltungsstrukturen zeigten, überwiegend ins Berufsleben einsteigen. Das Problem, wieviel Anteil an den teilweise sehr extremen Abweichungen zwischen den Tätigkeitsgruppen der Tätigkeit selbst und ihren speziellen Belastungen und Konflikten zuzurechnen ist und wieviel einem eventuell zugrundeliegenden Persönlichkeitsmerkmal, verdiente nach unserer Einschätzung eine noch gezieltere Abklärung in weiteren Untersuchungen.

In unserer Untersuchung konnten wir deutlich machen, daß neben der Persönlichkeitsstruktur zusätzliche Merkmale wie Geschlecht, und Tätigkeitsbereich eine Selektion von Untergruppen erlauben, die sich in typischen Bereichen sogar konträr verhalten.

Obwohl wir der Übersichtlichkeit wegen bei dieser abschließenden Zusammenfassung eine Darstellungsform gewählt haben, bei der die Ergebnisse zu den einzelnen Variablen relativ isoliert nebeneinander stehen, darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, daß

Persönlichkeitsstruktur, Geschlecht und Tätigkeit in einer vieltätigen und komplexen Interaktion aufeinander bezogen sind.

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1	Durchschnittliches Erkrankungsalter	36
Tab. 2	Durchschnittliche Dauer der Leitsymptomatik in Jahren	37
Tab. 3	Durchschnittliches Alter bei Anamneseerhebung	38
Tab. 4	Leitsymptom Allgemeine Störungen; prozentuale Verteilung	45
Tab. 5	Leitsymptom Herzkreislaufstörungen; prozentuale Verteilung	46
Tab. 6	Leitsymptom Magendarmstörungen; prozentuale Verteilung	47
Tab. 7	Leitsymptom Störungen des Bewegungssystems; prozentuale Verteilung	47
Tab. 8	Leitsymptom Psychische Störungen; prozentuale Verteilung	48
Tab. 9	Begleitsymptom Allgemeine Störungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung	52
Tab. 10	Begleitsymptom Sinnesstörungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung	53
Tab. 11	Begleitsymptom Hautstörungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung	54
Tab. 12	Begleitsymptom Herzkreislaufstörungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung	55
Tab. 13	Begleitsymptom Störungen des Atemtraktes; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung	55
Tab. 14	Begleitsymptom Magendarmstörungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung	56
Tab. 15	Begleitsymptom Sexuelle und Periodenstörungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung	57
Tab. 16	Begleitsymptom des Bewegungssystems; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung	58

Tab. 17	Begleitsymptom Psychische Störungen; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden und prozentuale Verteilung	59
Tab. 18	Vorerkrankungen; durchschnittliche Gesamthäufigkeit	75
Tab. 19	Vorerkrankungen; altersgruppierte Durchschnittswerte	76
Tab. 20	Vorerkrankung Infektionserkrankungen; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung	77
Tab. 21	Vorerkrankung Infektionserkrankungen; altersgruppierte Durchschnittswerte	77
Tab. 22	Vorerkrankung Infektiöse Erkrankungen; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung	78
Tab. 23	Vorerkrankung Infektiöse Erkrankungen; altersgruppierte Durchschnittswerte	79
Tab. 24	Vorerkrankung Andere Erkrankungen; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung	79
Tab. 25	Vorerkrankung Andere Erkrankungen; altersgruppierte Durchschnittswerte	80
Tab. 26	Vorerkrankung Unfälle; durchschnitt- liche Anzahl und prozentuale Verteilung	81
Tab. 27	Vorerkrankung Unfälle; altersgruppierte Durchschnittswerte	81
Tab. 28	Vorerkrankung Operationen; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung	82
Tab. 29	Vorerkrankung Operationen; altersgruppierte Durchschnittswerte	82
Tab. 30	Vorerkrankung Gynäkologische Störungen; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung	83
Tab. 31	Vorerkrankungen, Organbetroffenheit; durchschnittliche Anzahl	85
Tab. 32	Primordialsymptomatik, Gesamthäufigkeit; durchschnittliche Anzahl und prozentuale Verteilung	96
Tab. 33	Primordialsymptom Bettnässen; durchschnittliche Anzahl und Persistenz	97
Tab. 34	Primordialsymptom Daumenlutschen; durchschnittliche Anzahl und Persistenz	97

Tab. 35	Primordialsymptom Nägelbeißen; durchschnittliche Anzahl und Persistenz	98
Tab. 36	Primordialsymptom Angstzustände; durchschnittliche Anzahl und Persistenz	98
Tab. 37	Primordialsymptom Magendarmstörungen; durchschnittliche Anzahl und Persistenz	99
Tab. 38	Primordialsymptom Herzstörungen; durchschnittliche Anzahl und Persistenz	99
Tab. 39	Familienstand; prozentuale Verteilung	109
Tab. 40	Kinderzahl; prozentuale Verteilung	115
Tab. 41	Aktuelle Familienverhältnisse; prozentuale Verteilung	119
Tab. 42	Schulbildung; prozentuale Verteilung	125
Tab. 43	Berufe; prozentuale Verteilung	132
Tab. 44	Leitsymptomatik, Gesamtübersicht; prozentuale Verteilung	179
Tab. 45	Begleitsymptomatik, Gesamtübersicht; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden	180
Tab. 46	Begleitsymptomatik, Gesamtübersicht; prozentuale Verteilung	181
Tab. 47	Vorerkrankungen, Gesamtübersicht; durchschnittliche Anzahl	182
Tab. 48	Vorerkrankungen, Gesamtübersicht; prozentuale Verteilung	183
Tab. 49	Primordialsymptomatik, Gesamtübersicht; durchschnittliche Anzahl und Persistenz	184

Tab. 45. Begleitsymptomatik, Gesamtübersicht; durchschnittliche Anzahl der Beschwerden

	D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
Allgemeine Störungen	1,80	1,71	1,53	1,85	1,71	1,72	2,10	1,88	2,33	1,71
Sinnesstörungen	0,14	0,31	0,20	0,13	0,34	0,25	0,17	0,18	0,11	0,41
Hautstörungen	0,25	0,17	-	0,29	0,19	0,13	0,34	0,11	0,33	0,05
Herzkreislaufstörungen	1,34	1,66	1,33	1,34	1,65	1,69	1,86	1,75	1,67	2,06
Atemstörungen	0,40	0,33	0,27	0,42	0,34	0,31	0,41	0,35	0,44	0,35
Magendarmstörungen	2,55	2,51	2,67	2,53	2,43	2,69	2,48	2,62	2,56	2,88
Störungen des Harntrakts	0,17	0,18	-	0,20	0,22	0,09	0,31	0,18	-	0,17
Sexuelle und Perifodenstörungen	1,10	0,63	0,33	1,24	0,32	1,28	1,66	1,00	1,44	1,18
Bewegungsstörungen	0,46	0,84	0,47	0,46	0,94	0,63	0,55	0,53	0,33	0,65
Psychische Störungen	2,77	3,11	3,27	2,69	2,93	3,50	2,97	2,82	4,56	3,47
Charakterstörungen	0,13	0,05	0,13	0,13	0,04	0,06	0,17	0,15	-	0,12

Tab. 46: Begleitsymptomatik, Gesamtübersicht; prozentuale Verteilung

	D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
Allgemeine Störungen	86	81	87	86	84	75	86	85	89	76
Sinnesstörungen	12	23	20	11	25	19	14	15	11	29
Hautstörungen	22	14	-	26	16	9	35	9	22	6
Herzkreislaufstörungen	66	67	60	67	65	72	83	62	78	71
Atemstörungen	29	25	27	29	26	22	31	24	44	18
Magendarmstörungen	84	85	80	85	85	84	90	85	78	88
Störungen des Harntrakts	12	12	-	14	13	9	24	12	-	18
Sexuelle und Periodenstörungen	72	36	27	80	23	63	86	77	56	59
Bewegungsstörungen	35	49	40	34	52	44	35	44	22	47
Psychische Störungen	91	92	100	89	91	94	86	97	100	94
Charakterstörungen	10	4	13	9	3	6	10	12	-	12

Tab. 47: Vorerkrankungen, Gesamtübersicht; durchschnittliche Anzahl

	D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
Infektionskrankheiten	2,26	1,73	1,27	2,43	1,72	1,75	2,56	2,38	1,89	1,82
Infektiöse Krankheiten	1,24	1,36	0,87	1,30	1,41	1,25	1,31	1,35	0,78	1,47
Andere Erkrankungen	1,41	1,14	1,87	1,33	1,25	0,91	1,24	1,27	0,69	1,19
Unfälle	0,41	0,71	0,73	0,35	0,90	0,31	0,31	0,27	0,44	0,29
Operationen	1,42	1,52	1,13	1,47	1,69	1,16	1,83	1,38	0,44	1,47
Gynäkologische Störungen	-	-	-	0,81	-	0,28	1,45	0,50	0,33	0,29

Tab. 48: Vorerkrankungen, Gesamtübersicht; prozentuale Verteilung

	D	Z	DM	DF	ZM	ZF	DFH	DFB	ZFH	ZFB
Infektionskrankheiten	81	75	67	84	75	75	83	85	78	77
Infektiöse Krankheiten	56	58	40	59	66	41	62	62	45	42
Andere Erkrankungen	57	60	67	56	60	60	55	56	44	71
Unfälle	25	50	47	21	63	22	21	21	33	18
Operationen	76	74	67	78	81	59	86	74	45	71
Gynäkologische Störungen	-	-	-	48	-	22	69	42	22	24

Tab. 49: Primordialsymptomatik Gesamtübersicht; durchschnittliche Anzahl und Persistenz

	Bett- nässen	Enko- presis	Daumen- lutschen	Nägel- beißen	Angst	Verhal- tensstö- rungen	andere psychi- sche Störun- gen	Magen- darmstö- rungen	Störun- gend des Atem- trakts	Herz- be- schwer- den	andere somatische Störungen
DF	0,14	-	0,20	0,22	0,35	0,02	0,25	0,39	0,05	0,07	0,26
	0,01	-	0,04	0,11	0,21	-	0,15	0,22	0,07	0,05	0,15
DM	0,27	-	0,27	0,40	0,33	0,07	0,13	0,53	-	0,07	0,07
	0,07	-	-	0,20	0,07	-	0,07	0,27	-	0,07	0,07
ZM	0,28	0,03	0,18	0,19	0,35	0,03	0,18	0,16	0,04	0,09	0,32
	0,01	-	-	0,06	0,13	-	0,04	0,09	0,01	0,07	0,19
ZF	0,09	-	0,16	0,25	0,50	-	0,13	0,13	0,13	-	0,31
	-	-	-	0,06	0,28	-	0,09	-	0,06	-	0,09

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.-H. Gesundheitszustand und soziale Lage.
In: Haug, W.F. (Hrsg.): Das Argument.
Argument-Sonderband 4:206 (1974).
- Adam, R.: Tätigkeitsbericht 1959 der Erziehungsbe-
ratungsstelle Göttingen. Prax. Kinder-
psychol. 9:140 (1960).
- Adam, R.: 10 Jahre Erziehungsberatungsstelle Göt-
tingen. Tätigkeitsbericht 1968 für die
Zeit vom 1.1. bis zum 31.12.1968. Prax.
Kinderpsychol. 18:152 (1969).
- Adamson, J.D.,
Schmale, A.H. jr.: Object Loss, Giving Up and the Onset
of Psychiatric Disease. Z. psychosom.
Med. 27:557 (1966).
- Alexander, F.: Psychosomatische Medizin. Grundlagen
und Anwendungsgebiete. De Gruyter, Berlin
1951.
- Arnds, H.G.,
Hillenbrand, D.,
Studt, H. H.: Psychotherapeutische Ambulanzuntersuchun-
gen und Psychodiagnostik. Münch. med.
Wschr. 108:2280 (1966).
- Arnds, H.G.,
Hillenbrand, D.,
Studt, H. H.: Stationäre psychotherapeutische Behand-
lungen. Münch. med. Wschr. 109:467
(1967).
- Barraclough, B.M.: Appendectomy in Women. J. psychosom.
Res. 12:231 (1968).

- Battegay, R.,
Rauchfleisch, U.,
Schlieffen, H. Graf von: Sozioökonomische Determinanten der Inanspruchnahme der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Eine Pilot-Study. Schweiz. Arch. Neurol. Neuroch. Psychiat. 111:67 (1972).
- Baumeyer, F.: Spezifische und unspezifische Faktoren bei der Organwahl. Z. Psychother. med. Psychol. 7:93 (1957).
- Baumeyer, F.: Erfahrungen über die Behandlung psychogener Erkrankungen in Berlin. Z. psychosom. Med. 8:167 (1961/62).
- Baumeyer F.: Der psychogene akute Herzanfall. Z. psychosom. Med. 12:12 (1966).
- Beck, D.: Zwangsercheinungen bei funktionellen und psychosomatischen Störungen. In: Hahn, P. und Stolze, H. (Hrsg.): Zwangssyndrome und Zwangskrankheit. J.F. Lehmann, München 1974.
- Beckmann, D.,
Brähler, E.,
Braun, P.: Zur Scheinkorrelation zwischen neurotischen Körperbeschwerden und sozialer Schichtzugehörigkeit. Z. psychosom. Med. Psychoanal. 32:251 (1977).
- Biermann, G.,
Gahn, D.,
Kassian, A.,
Klüwer, K.,
Schmeer, G.,
Six, M.: Die Tätigkeit der Psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder bei der Universitäts-Kinderpoliklinik München. Prax. Kinderpsychol. 12:193 und 12:246 (1963).

- Biermann, H.B.: Einführung in die allgemeinmedizinische Methodik. Dtsch. Ärzteblatt 552-556, 633-638, 717-720 (1974).
- Blickenstorfer, E.: Über psychische und psychopathologische Zustandsbilder nach Herzoperationen und Herztraumen. Praxis 47:191 (1958).
- Bock-Rosenthal, E.,
Haase, C.,
Streck, S.: Wenn Frauen Karriere machen. Campus, Frankfurt 1978.
- de Boor, C.,
Künzler, E.: Die Psychosomatische Klinik und ihre Patienten. Erfahrungsbericht der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg. Huber-Klett, Bern - Stuttgart 1963.
- Brähler, E.,
Beckmann, D.,
Müller, S.: Psychosomatische Beschwerden und Schichtzugehörigkeit. Med. Psychol. 3:214 (1977).
- Cremerius, J.,
Elhart, S.,
Hose, W.,
Oelze, M.,
Seitz, W.: Psychosomatik im Rahmen einer Medizinischen Poliklinik. Münch. med. Wschr. 96:185 (1954).
- Curtius, F.,
Adam, R.: Über funktionelle und psychogene Erkrankungen in der Inneren Medizin. (Häufigkeit, Entstehungsbedingungen, Beurteilung und Behandlung). Dtsch. Arch. klin. Med. 96:70 (1949).
- Daudert, M.: Psychovegetative Beschwerden bei gynäkologischen Patientinnen. Inaugural-Disser-tation, Berlin 1982.

- Dührssen, A.: Zur Frage der Häufigkeit zwangsneurotischer und hysterischer Strukturen bei Männern und Frauen. Z. Psychother. med. Psychol. 1:247 (1951).
- Dührssen, A.: Das Problem der auslösenden Konfliktsituation in der Diagnostik psychogener Erkrankungen. Z. psychosom. Med. 1:45 (1954/55).
- Dührssen, A.: Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z. psychosom. Med. 8:92 (1961/62).
- Dührssen, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1967.
- Dührssen, A.: Zum 25jährigen Bestehen des Instituts für psychogene Erkrankungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin. Z. psychosom. Med. Psychoanal. 17:21 (1971).
- Dunbar, R.: Psychosomatic Diagnosis. Paul Hoeber, New York 1943.
- Dunbar, F.: Psychiatry in the Medical Specialities. Paul Hoeber, New York 1959.
- Dunbar, F.: Unfälle, ihre Verursachung und psychodynamische Bedeutung. Z. psychosom. Med. 6:1 (1959/60).

- Engel, G.L.: Colitis ulcerosa. In: v. Uexküll, Th. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1981.
- Engel, G.L.,
Schmale, A.H. jr.: Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. Konversion. Spezifität und Situation bei Ausbruch der Krankheit. Psyche 23:241 (1969).
- Enke, H.: Die Bedeutung des Körpersymptoms in der klinischen Psychotherapie. Prax. Psychother. 7:263 (1962).
- Ernst, K.,
Kind, H.,
Rotach-Fuchs, M.: Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1968.
- Fahrenberg, J.: Körperlich-funktionelle Beschwerden und Persönlichkeitsmerkmale. Nervenarzt 40:111 (1969).
- Freedham, L.Z.,
Hollingshead, A.B.: Neurosis and Social Class. Amer. J. Psychiat. 113:769 (1956/57).
- Frick, V.: Die Psychosomatik gynäkologisch Kranker. In: Jores, A. (Hrsg.): Praktische Psychosomatik. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1981.
- Gipser, S.,
Stein-Hilbers, M.
(Hrsg.): Wenn Frauen aus der Rolle fallen. Beltz, Weinheim-Basel 1980.

- Glatzel, H.: Krankheitsgestaltung und Charakter. II. Die Konfliktsituation der ulcuskranken Frau. *Ärztl. Wschr.* 4 : 165 (1949).
- Göllner, R.,
Salvini, D.: Untersuchungen mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar bei stationären Psychotherapie-Patienten. *Z. psychosom. Med. Psychoanal.* 17:179 (1971).
- Guze, S.B.,
Woodruff, R.A.,
Clayton, P.J.: A Study of Conversion Symptoms in Psychiatric Outpatients. *Amer. J. Psychiat.* 12:643 (1971).
- Hagedorn, E.,
Meßner, K.,
Studt, H. H.,
Arnds, H.G.: Zur Symptomverteilung bei psychosomatisch Kranken. Orientierende Untersuchung. *Z. psychosom. Med. Psychoanal.* 17:144 (1971).
- Hau, Th.F.: Frühkindliches Schicksal und Neurose. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1968.
- Heiss, H.: Die Bedeutung sozialhygienischer Faktoren in Gynäkologie und Geburtshilfe. *Beih. z. Geburtsh. Gynäk.* Bd. 145. Enke, Stuttgart 1956.
- Henker III, F.O.: Female Genital Surgery and Mental Illness. *Sth. med. J.* 57:746 (1964).
- Herrmann, J.M.: Infektionskrankheiten. In: v. Uexküll, Th. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.* Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1981.

- Hollingshead, A.B.,
Redlich, F.C.: Social Class and Mental Illness. Wilney,
New York 1958.
- Kepp, R.,
Staemmler, H.-J.: Lehrbuch der Gynäkologie. Thieme, Stutt-
gart 1980.
- Kern, E.: Chirurgie und Psyche. Ther. Umschau
23:256 (1966).
- Künzler, E.: Erfahrungsberichte psychoanalytischer
Institute. Psyche 18:204 (1964/65).
- Marsh, E.M.
Vollmer, A.M.: Possible Psychogenic Aspects of Inferti-
lity. Fertil. Steril. 2: 70 (1951).
- Mayer, K.: Unfallneigung und Persönlichkeit. Z.
Psychother. med. Psychol. 10: 167 (1960).
- Mayer, K.: Die Bedeutung der Persönlichkeitsstruktur
für die Entwicklung seelischer Fehlhal-
tungen nach einem Unfall. Nervenarzt
31: 167 (1960).
- Meierhofer, M.: Entwicklungskrisen und Konfliktsituatio-
nen im Säuglings- und Kindesalter. Prax.
Psychother. 141: 266 (1969).
- Mohr, G.,
Rummel, M.,
Rückert, D. (Hrsg.): Frauen. Psychologische Beiträge zur
Arbeits- und Lebenssituation. Urban
und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
1982.
- Moorad, J.N.: Psychol. Abstracts 882 (1948).

- Myrdal, A.,
Klein, V.: Die Doppelrolle der Frau in Familie und Beruf. Kiepenheuer und Witsch, Köln-Berlin 1971.
- Nie, N.H.,
Hall, C.H.,
Steinbrenner, K.,
Bent, D.H.: Statistical Package for the Social Sciences, Version 8. Mc Graw Hill, New York 1975.
- Pasini, W.: La Fréquence de l'Hystérectomie en Clinique Psychiatrique. Psychiat. Neurol. 152: 387 (1966).
- Pflanz, M.: Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 28: 471 (1960).
- Pflanz, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie. Enke, Stuttgart 1962.
- Pross, H.: Die Wirklichkeit der Hausfrau. Rororo, Reinbek 1976.
- Rasper, B.: Berufstätigkeit und Schwangerschaft. Reimer, Berlin 1980.
- Richter, H.-E.: Konflikte und Krankheiten der Frau. In: Claessens, D. und Milhofer, P. (Hrsg.): Familiensoziologie. Fischer Athenäum, Frankfurt 1973.
- Riemann, F.: Grundformen der Angst. Ernst Reinhardt, München 1975.
- Schultheiss, K.-H.,
v. Uexküll, T.: Psychosomatische Aspekte des Morbus Crohn. In: v. Uexküll, Th. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1981.

- Schöneberg, H.F.,
Hau, Th. F.: Zur sogenannten Spezifitätsfrage - Untersuchung über die Beziehung von psychischen und somatoneurotischen Erkrankungen zu Sozialdaten. Z. psychosom. Med. 27: 21 (1981).
- Schwidder, W.: Zur Ätiologie und Therapie des Pavor nocturnus, 1951. In: Schwidder, W.: Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1975.
- Schwidder, W.: Zur Symptomatik und Ätiologie der Enureses und Enkopresis, 1952. In: Schwidder, W.: Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1975.
- Schwidder, W.: Psychische Faktoren bei Magen- und Darm-erkrankungen, 1954. In: Schwidder, W.: Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1975.
- Schwidder, W.: Grundstruktur und Therapie der Zwangsneurose, 1954. In: Schwidder, W.: Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1975.
- Schwidder, W.: Symptombild, Grundstruktur und Therapie der Zwangsneurose. Psyche: 126 (1954/55).

- Schwidder, W.: Krisenpunkte der seelischen Entwicklung und der Beginn psychogener Symptomatik, 1956. In: Schwidder, W.: Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1975.
- Schwidder, W.: Grundsätzliches zur Entstehung psychosomatischer Krankheitssymptome. Z. psychosom. Med. 5: 193 (1958/59).
- Schwidder, W.: Hemmung, Haltung, Symptom, 1964. In: Schwidder, W.: Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1975.
- Schwidder, W.: Grundriß der Psychosomatischen Medizin des Verdauungstraktes, 1965. In: Schwidder, W.: Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1975.
- Schwidder, W.: Zur schizoiden Neurose, 1971. In: Schwidder, W.: Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1975.
- Schwidder, W.: Einführung in die Psychosomatische Medizin, 1971. In: Schwidder, W.: Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1975.

- Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Thieme, Stuttgart 1951.
- Spiro, E.S.: Women in Industry. I. Patterns of Womens-work on Occupational Health and Safety. Am. J. Publ. Health 50: 1318 (1960).
- Spitz, R.: Hospitalism. Psychoanalytic Study of the Child, I. Int. Univ. Press, New York 1945.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik 1972. Kohlhammer, Stuttgart-Mainz 1972.
- Steinwachs, F.: Psychologische Probleme beim Zustandekommen der kindlichen Unfallverletzungen. Langenbecks Arch. klin. Chir. 304: 525 (1953).
- Stokvis, B., Bolten, M. P.: Das Problem der Organspezifität in der Sicht der Psychosomatik. Z. psychother. med. Psychol. 12: 138 (1962).
- Studt, H. H.: Psycho- und Somatoneurosen im Vergleich: Angstneurose/Phobie - Asthma bronchiale. Eine psychosomatische Erkundungsstudie. Habil. Schrift, Freiburg 1974.
- Vanselow, R.: Überlegungen zur Strukturentwicklung im Kindesalter, aufgezeigt an 60 Tic-erkrankten Kindern. Prax. Kinderpsychol. 20: 33 (1971).

- Virchow, R.: Die Not im Spessart. Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. Olm, Haldesheim 1968.
- Völkel, H.: Funktionelle Herzbeschwerden als zwangs-neurotisches Organsyndrom. Z. psychosom. Med. 1: 111 (1954).
- Waltherdt, M.: Die psychogene Ätiologie und Psychotherapie des Vaginismus. Münch. Med. Wschr. 56: 1998 (1901).
- Weltz, F.
Diezinger, A.,
Lullies, V.,
Marquardt, R.: Junge Frauen zwischen Beruf und Familie. Campus, Frankfurt 1979.
- Werczberger, A.: Zur Katamnese der Enuresis Nocturna. Prax. Kinderpsychol. 8: 42 (1959).
- Zauner, J.: Zwangsstruktur und Organsymptomatik. Z. psychosom. Med. 10: 169 (1964).

Sabine Peter

Lebenslauf

- | | |
|------------------------|--|
| 29.März 1950 | als viertes Kind von Dr.med. Hermann Peter, Kinderarzt, und seiner Ehefrau Ilse, geb. Aschoff in Karlsruhe geboren |
| 1956 | Einschulung in die Hans-Jakob-Volksschule in Rastatt/Baden |
| 1968 | Abitur am Tulla-Gymnasium in Rastatt/Baden |
| Wintersemester 1968/69 | Beginn des Studiums der Sinologie in Heidelberg |
| Wintersemester 1970/71 | Fortsetzung des Studiums an der Freien Universität Berlin |
| Sommersemester 1975 | Abschluß des Studiums der Sinologie als Hauptfach, Soziologie und Politologie als Nebenfächer mit der Magisterprüfung und Beginn des Medizinstudiums |
| Sommersemester 1981 | Abschluß des Medizinstudiums mit dem Staatsexamen |
| 16. Februar 1982 | Approbation als Arzt |
| 17. April 1981 | Geburt meines Sohnes Philipp |

Rosemarie Schöfthaler-Rühl

Lebenslauf

29. Oktober 1948	als Tochter von Heinrich Rühl, Malermeister, und Maria Rühl, geborene Meyer, in Weißenburg/Bay. geboren
1955 bis 1959	Volksschule Weißenburg/Bay.
1959 bis 1968	Humanistisches Gymnasium Weißenburg/Bay.
1968	Abitur
Wintersemester 1970/71	Beginn des Psychologiestudiums in Heidelberg
Sommersemester 1973	Fortsetzung des Psychologiestudiums an der Freien Universität Berlin
Sommersemester 1975	Beginn des Medizinstudiums
Mai 1976	Diplomprüfung in Psychologie
Sommersemester 1981	Abschluß des Medizinstudiums mit dem Staatsexamen
20. Juli 1981	Approbation als Arzt
Seit Dezember 1981	als Assistenzärztin am Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau, Innere Abteilung, tätig

